

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1958

THÈSE

N° 1032

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Claude, Pierre, Yves CROUÉ

Né le 30 Septembre 1931, à DIEPPE (Seine-Maritime)

présentée et soutenue publiquement le

SARCOME PRIMITIF DE L'ŒSOPHAGE

*Essai de revue générale à l'occasion
d'un cas inédit*

Président : Monsieur J. SENEQUE (Professeur)

D. P. TAIB

8. Rue Casimir Delavigne
PARIS - VI*

1958

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--

Année 1958

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Claude, Pierre, Yves C R O U É

né le 30 septembre 1931 à Dieppe (Seine Maritime)

--

Présentée et soutenue publiquement
le

--

SARCOMME PRIMITIF DE L'OESOPHAGE

Essai de revue générale à l'occasion
d'un cas inédit

--

Président : Monsieur J. SENEQUE (Professeur)

--

D.P. TAIB
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1958.



PROFESSEURS HONORAIRES

MM. BENARD, BROCC, CADENAT, CHABROL, CHAMPY,
CHEVALLIER, CHEVASSU, DEBRE, DELBET, DONZELOT,
GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, HAZARD,
HEUYER, LAROCHE G., LAUBRY, LEMAITRE, LEVY-SOLAL,
LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT,
MONDOR, MONOD, MULON, OLIVIER, OMBREDANNE, STROHL,
TANON, VELTER.

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut
ASSESEUR Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

Anatomie	MM.	CORDIER
Anatomie pathologique		DELARUE
Bactériologie		FASQUELLE
Biologie app. à l'Education phys. et aux Sports	}	CHAILLET-BERT
Biologie Médicale		FAUVERT
Cancérologie méd., sociale		BERNARD J.
Carcinologie		REDON
Chimie Méd.		JAYLE
	(Hôtel-Dieu	MENEGAUX
Clinique Chir.	(Salpêtrière	MOULONGUET
	(Cochin	QUENU
	(Beaujon	SICARD
Clinique Chir. cardio-vasculaire		G. d'ALLAINES
Clinique Chir. réparatrice et orthop.	}	MERLE d'AUBIGNE
Clinique de Cardiologie		MOUQUIN
Clinique Chir. infantile et d'orthop.	}	FEVRE
Clinique Chir. pleuro-pulm.		MATHEY
Clinique de la Tuberculose		BERNARD Et.
Clinique de neuro-chir.		PETIT-DUTAILLIS
Clinique de Puériculture		LELONG
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	}	DEGOS
Clinique des mal. du sang		MARCHAL
Clinique mal. du système nerv.		ALAJOUANINE
Clinique des maladies des enf.		CATHALA
Clinique des maladies infectieuses		MOLLARET
Clinique des Maladies mentales et de l'encéphale	}	DELAY

MM.

Clinique du diabète sucré et des maladies de la nutrition	} BOULIN
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO
	BARIETY
Cliniques Médicales	JUSTIN-BESANÇON
	MOREAU
	de GENNES
Clinique Méd.hydro-climat.thérap.	DEBRAY
Clinique Médicale Propédeutique	(PASTEUR-VALLERY-
	(RADOT
	(LANTUEJOUL
Cliniques Obstétricales	(VARANGOT
	(LACOMME
Clinique ophtalmologique	RENARD
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX
Clinique rhumatologique	COSTE
Clinique stomatologique	DECHAUME
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD
Génétique	LAMY
Histoire de la Méd. et de la Chir.	SOULIE
Histologie	VERNE
Hygiène et Clinique Ière Enfance	TURPIN
Hygiène et Méd.Préventive	JOANNON
Médecine du Travail	DESOILLE
Médecine Légale	PIEDELIEVRE
Parasitologie et hist.nat.Méd.	GALLIARD
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE
Pathologie exotique	LAVIER
Path.expérimentale et comparée	LENEGRE
Path.Hum. et Immun. exp.	MERKLEN
Pathologie médicale	DECOURT
Path. et Thérap.eut.générales	GARCIN
Pédiatrie sociale	JULIEN MARIE
Pharmacologie et matière méd.	CHEYMOL
Physico-chimie méd.	N..
Physiologie	BINET
Physique médicale	DOGNON
Problèmes alimentaires (ch.t.pers.)	HAMBURGER
Radiologie Médicale	DESGREZ
Technique chirurgicale	PATEL
Thérapeutique	BROUET
Thérapeutique chirurgicale	SENEQUE
Thérapeutique médicale	LEMAIRE

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE
MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.

Anatomie { CABROL
{ DEBEYRE
{ DELMAS
{ OLIVIER G.
{ Melle GAU-
Ana.Path. { THIER V.
{ BUSSE
{ GOUYGOU
Bactério } { CHRISTOL
logie } { NEVOT
Biol.Méd. { BOURLIERE
Chimie Méd. { ETTORI
{ POLONOVSKI J.
Dermato-syph. { DUPERRAT
Embryologie { TUCHMANN
Histologie { COUJARD
{ N.
Hydrologie { CORNET
Hygiène { BOYER
{ DEPARIS
Mal.infect. { BASTIN
Médecine } { DEROBERT
légale et } { GAULTIER
du Trav. } { HADENGUE
Neurochir. { DAVID
Neurologie { LHERMITTE
{ GRASSET
{ LE LORIER
Obstétrique { LEPAGE
{ MERGER
{ MORIN
{ RAVINA
{ ROBEY
Ophtal- } { BREGEAT
mologie } { DESVIGNES
Orthopédie { JUDET
Oto-rhino } { AUBRY
laryngol. } { MADURO
Parasito. { BRUMPT
Parasito col. { CHABAUD
{ ABOULKER
Path.chir. { BARCAT
{ BAUMANN
{ CAUCHOIX

MM.

{ DUBOST
{ FAUREL
{ FLABEAU
{ GERMAIN
Pat.chir. { GOSSET
{ LAURENCE
{ LORTAT-JACOB
{ OLIVIER (Cl.)
{ POILLEUX
{ THOMERET
{ VERNE (J.M.)
Pat.expéri- { MAURICE
ment. { LOEPER
{ BOUVIER
{ BOUDIN
{ BRICAIRE
{ BRISSAUD
{ CASTAIGNE
{ CONTE
{ DEROT
Path.Méd. { DOMART
{ LAMOTTE
{ LAROCHE
{ MACREZ
{ MILLIEZ
{ PEQUIGNOT
{ PERRAULT
{ RAMBERT
{ ROYER
{ THIEFFRY
{ TURIAF
{ WOLFROMM
{ POLONOVSKI Cl.
Pédiatrie { MOZZICONACCI
{ JOSEPH
Pharmacol. { Melle LEVY
{ BARGETON
Physiol. { DEJOURS
{ PARROT
Physique } { DJOURNO
Médicale } { GOUGEROT
Pneumo-phtis. { KREIS
Psychiatrie { BARUK
{ PICHOT

MM.
 Psych.infant.N...
 Rhumatologie DELBARRE
 Stomato. { CHAPUT Mme
 { CERNEA

MM.
 Urologie..... KUSS
 Thérapeut..... CHASSAGNE

III.- PROFESSEURS HONORAIRES
 ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE
 pour le Service des Examens

M. LE LORIER

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET
 AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
 A TITRE PERMANENT

MM.
 { AMELINE
 { HUGUIER
 Clin.Chir. { LEGER
 { PADOVANI
 { ROUX
 Clinique) { ECALLE
 obstét.) { MAYER
 Clin.opht. OFFRET

MM.
 Urologie..... N...
 { DREYFUS
 Clinique Ma { HAGUENAU
 { KOURILSKY

Secrétaire de la Faculté..... M. MOREL
 Secrétaire-Adjoint..... Melle CHAINTREUIL

Bibliothécaire en Chef..... Dr HAHN
 Conservateur..... Melle GOICHON
 { Melles DUMATTRE
 Bibliothécaires..... { LE NOIR
 { LAURENT
 { QUIEVREUX

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
 l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les
 dissertations qui lui seront présentées, doivent
 être considérées comme propres à leurs auteurs et
 qu'elle n'entend leur donner aucune approbation
 ni improbation.

A mon Père et à ma Mère

Avec toute mon affection

En modeste témoignage de
reconnaissance pour
leurs sacrifices et
pour leur exemple.

A mon Frère, à ma Belle-Soeur,

En gage de mon affection
et en reconnaissance de
tout ce qu'ils ont fait
pour moi au cours de mes
études.

A mon Président de Thèse,

Monsieur le Professeur Jean SENEQUE

Professeur de Clinique thérapeutique
chirurgicale à la Faculté de Médecine
de Paris,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre de l'Académie de Chirurgie,
Officier de la Légion d'Honneur,

Qui m'a fait le très grand
honneur d'accepter la
présidence de ma thèse.

Qu'il veuille bien trouver
ici le témoignage de ma
respectueuse admiration
et de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Agrégé Jacques POULAIN

Chirurgien de l'Hôpital de Bayeux,

Qui m'a guidé tout au long
de cette thèse avec une
bienveillance sans cesse
renouvelée,

Qu'il veuille bien trouver
ici le témoignage de mon
infinie reconnaissance.

Au Docteur BEZARD

Chirurgien des Hôpitaux de Caen

Qui a bien voulu me communiquer
l'observation originale qui
m'a permis d'écrire cette
thèse.

Qu'il trouve ici le témoignage
de ma respectueuse reconnais-
sance.

A mes Maîtres de l'Hôpital de Bayeux

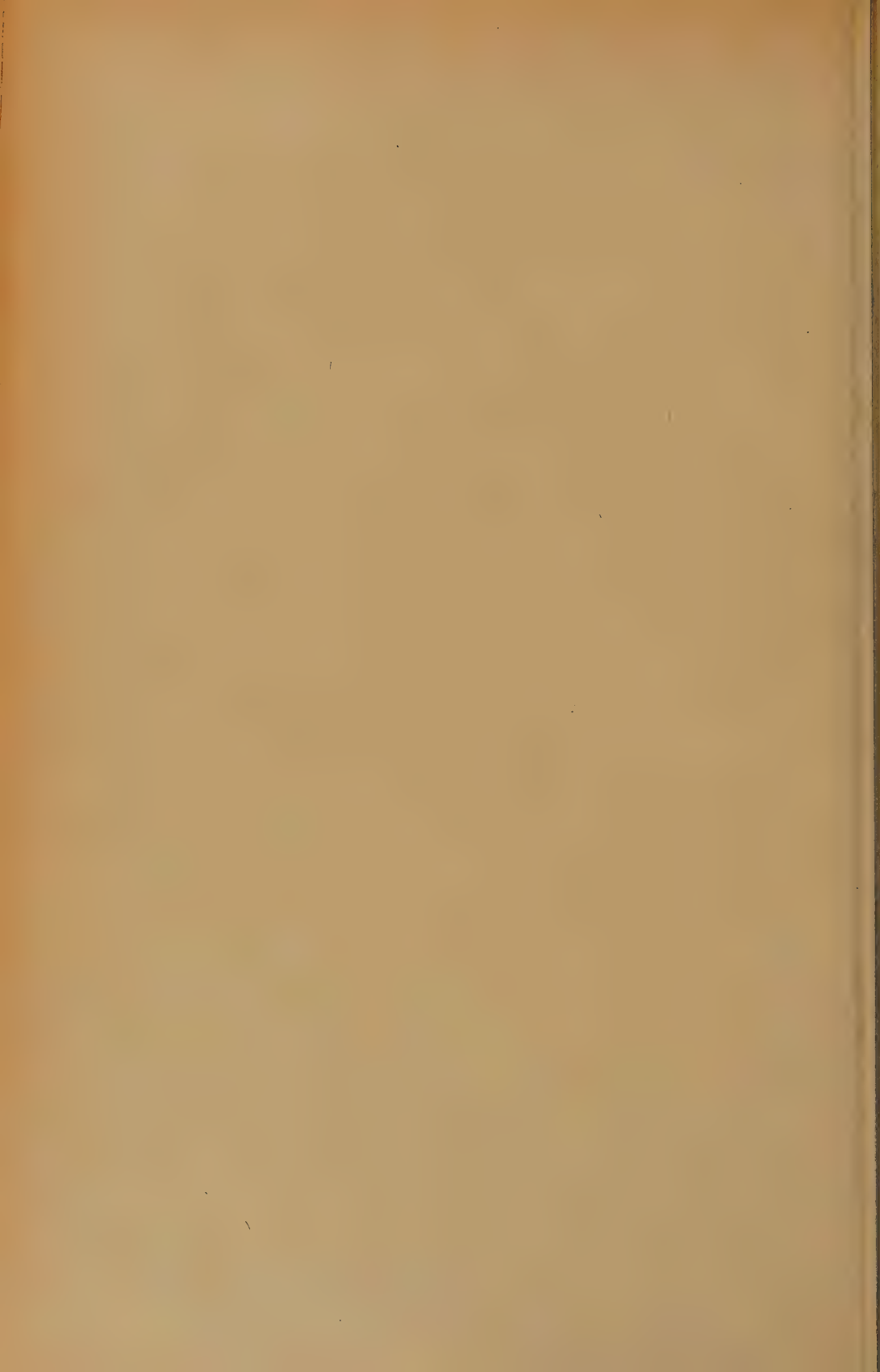
Docteur JEANNE
Docteur LEBOUCHER
Docteur TURLOTTE
Docteur LEBRUN
Docteur FLAMANT

Qu'ils trouvent ici le
témoignage de mon
profond respect.

SARCOME PRIMITIF DE L'OESOPHAGE

Essai de revue générale à l'occasion
d'un cas inédit

-:-



INTRODUCTION

--

Le premier cas de sarcome primitif de l'oesophage fut rapporté en 1877 par Chapmann.

Depuis cette date, nous avons personnellement dénombré 181 cas décrits ou cités dans la littérature médicale jusqu'en 1958.

Les auteurs qui se sont le plus intéressé à cette question sont :

- à l'Etranger, C.E. Smith et G.Y. Rusk en 1923, Simon en 1928 et plus récemment Resano et ses collaborateurs à partir de 1948.
- en France, nous trouvons :

Lortat-Jacob et Badaro en 1950,
Michaud (Lyon) en 1951,
et Fruhling et Wild (Strasbourg)
en 1952.

La fréquence du sarcome de l'oesophage par rapport à celle du carcinome est infime : l'Institut d'Anatomie Pathologique de Bâle dénombrait entre 1871 et 1905 sur un total de 12.739 autopsies 1.078 épithéliomas et 160 sarcomes ; or il y avait 101 carcinomes de l'oesophage et pas un seul sarcome primitif de cet organe. Mêmes constatations à l'Institut d'Anatomie Pathologique de Berne.

Resano, pour sa part, trouvait un sarcome pour 703 carcinomes de l'oesophage, tandis que

dans le Service du Professeur de Gaudart d'Al-laines, on dénombrait en 1948 sur un total de 90 cancers de l'oesophage, 2 sarcomes primitifs.

Lortat-Jacob parle d'un pourcentage de 2 % ; Wild et Fruhling pensent qu'il n'y a pas plus d'un sarcome pour 100 cancers de l'oesophage.

Malgré cette faible fréquence, il nous a paru intéressant de tenter une étude de cette affection ; nous avons pour cela collationné toutes les observations que nous avons pu découvrir

Un certain nombre d'entre elles sont restées isolées jusqu'à présent, c'est ainsi que Resano qui en avait réuni le plus grand nombre n'avait trouvé que 114 cas en 1951 et manquait de renseignements sur un certain nombre d'entre eux, lacunes que nous avons pu partiellement combler.

Il convient d'insister sur l'extraordinaire difficulté bibliographique ; beaucoup d'observations cliniques sont résumées en quelques lignes, l'âge, le sexe ne sont parfois pas indiqués, l'évolution post-opératoire n'est pas mentionnée ou résumée en une phrase succincte qui affirme que, quelques semaines plus tard, le malade était toujours vivant, sans même préciser si une récurrence ou une complication était à craindre. Sur le plan anatomique, les difficultés rencontrées sont encore pires ; à la tumeur est apposée une étiquette macro ou microscopique extrêmement variable, les critères histologiques ne sont pas énoncés et l'on a parfois la stupéfaction de retrouver décrite sous deux vocables différents la même observation.

Il est certain que, pour tenir compte avec rigueur de la bibliographie dépouillée il faudrait un excellent clinicien, un minutieux

histologiste ; il faudrait aussi un bon esprit policier. Et l'on regrette qu'il n'existe pas pour les tumeurs digestives l'équivalent du Registry of Bones Sarcoma pour les os.

Nous devons l'observation inédite que nous publions dans ce travail à l'obligeance du Docteur Bezard, Chirurgien des Hôpitaux de Caen, à qui nous adressons nos remerciements pour cette communication qui nous permet de porter à 182 le nombre des sarcomes primitifs de l'oesophage qu'il nous a été possible d'étudier.

DEFINITION

--

Le sarcome primitif de l'oesophage est une tumeur maligne de nature conjonctive se développant aux dépens de l'une quelconque des tuniques de l'organe mais plus fréquemment aux dépens de la sous-muqueuse.

Il semble que, dans quelques cas, le sarcome serait une forme de dégénérescence maligne d'une tumeur bénigne préexistante ; ceci pose le problème toujours actuel du potentiel dégénératif des tumeurs bénignes, en sarcomes particulièrement.

Le sarcome peut être unique ou multiple. Plusieurs cas de sarcomes doubles ont été décrits. Livingood cite même un cas où 3 tumeurs sarcomateuses coexistaient au niveau de l'oesophage.

Le sarcome peut pour certains auteurs coexister avec un épithélioma ou un autre type histologique de cancer (Reuter : une tumeur polypeuse fibrosarcomateuse et deux centimètres plus bas un épithélioma ulcéré pavimenteux. Frangenheim : un polype sarcomateux au-dessous d'un épithélioma pavimenteux sténosant. Prat et Logker : coexistence d'un squirrhe et d'un lymphosarcome. Ovens et Rascet : Leiomyosarcome voisin d'un carcinome).

Certains auteurs admettent même l'existence de formes intermédiaires entre le sarcome et le carcinome, mais d'autres nient formellement l'existence de ces carcino-sarcomes (Simon, Pearlmann, Ewing).

Simon excluait pour sa part de la catégorie des sarcomes primitifs de l'oesophage :

- les pseudo-sarcomes par fausse interprétation histologique,
- les carcino-sarcomes,
- les sarcomes par continuité: sarcomes du pharynx pédiculés, sarcomes gastriques envahissant l'extrémité inférieure de l'oesophage,
- les sarcomes de voisinage,
- les sarcométastases d'une localisation primaire passée inaperçue.

Ce qui lui faisait éliminer 20 cas sur les 50 qu'il avait étudiés.

Depuis, de nombreux auteurs se sont montrés moins intransigeants et Resano en particulier, qui reprend un certain nombre de cas éliminés par Simon.

Nous avons pour notre part jugé utile d'inclure dans notre étude les carcinosarcomes, sans préjuger pour cela de leur nature réelle. Nous avons également rattaché à ce travail les mélanomes qui sont rangés par certains auteurs dans la catégorie des sarcomes et pour d'autres avec semble-t-il, moins de raisons dans la catégorie des carcinomes.

OBSERVATION

-:-

Madame A.L. âgée de 60 ans est entrée dans le service du Docteur Bezard, à l'Hôpital de Caen le 20.XII.1956, adressée par le Docteur Verain de Fervaques.

La malade présente depuis trois mois une dysphagie progressive ne permettant plus depuis quelques jours avant son entrée dans le service qu'une alimentation liquide. Elle ne présente aucun antécédent notable.

Examen clinique :

La dysphagie a entraîné un amaigrissement de 12 kg, mais en dépit de cet amaigrissement cette malade présente encore un assez bon aspect général à son entrée dans le service.

Le reste de l'examen clinique se révèle absolument négatif. Chez cette femme chez qui la dysphagie pourrait évoquer un cancer de l'oesophage il n'existe aucune adénopathie sus-claviculaire ; le foie apparaît normal à la palpation et à la percussion. Aucune métastase ne se décèle cliniquement.

Examen radiologique :

- Cliché standard du thorax : image thoracique normale.

- Transit oesophagien après ingestion de bouillie barytée permet de constater :

de Face :

- dilatation du tiers inférieur de l'oesophage,
- existence d'une lacune immédiatement au-dessous de cette dilatation, lacune volumineuse, régulièrement arrondie, à limite nette, cernée latéralement par la baryte, dont le pôle inférieur répond au cardia.

de Profil :

- Cette masse semble refouler en avant l'oesophage qui dessine un demi-cercle régulier contournant la tumeur.

Le diagnostic qui vient à l'esprit est celui d'une compression extrinsèque et, d'ailleurs, le Docteur Lelay, radiologue, pensait qu'il s'agissait presque certainement d'une compression due à un anévrysme de l'aorte descendante.

Mais :

- d'une part, le B.W. se révèle négatif.
- d'autre part, à défaut d'aortographie irréalisable dans le service, des tomographies transversales, permirent de dissocier nettement l'ombre de l'aorte descendante de celle de la tumeur.

Les radiographies après pneumopéritoine permirent d'éliminer avec certitude le diagnostic d'un prolongement thoracique d'une tumeur abdominale.

L'oesophagoscopie, pratiquée par le Docteur Hamon, met en évidence :

- le refoulement en avant de l'oesophage terminal étalé sur une tumeur postérieure réguliè-

rement arrondie et battante.

- Une muqueuse d'aspect normal (aucune biopsie ne fut pratiquée en raison de la crainte d'un anévrysme possible).

Les examens complémentaires pratiqués montrent :

- Electrocardiogramme : tracé normal.

- Examen hématologique :

Numération globulaire : Globules rouges : 4.700.000. Globules blancs : 7.200.

Taux d'hémoglobine : 94 %

Valeur Globulaire : I

Formule leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles : 70

éosinophiles : 1

basophiles : 0

Lymphocytes : 15

Grands lymphocytes : 13

Monocytes : 1

- Vitesse de sédimentation :

1 heure : 28 - 2 h : 62 - 3 h : 78 - 4 h : 82 - 24 h : 111.

- Urée sanguine : 0,25 g.

Potassium : 200 mg. Sodium : 3,20 g. Ionogramme : 295 mg. Protides : 77,50 g.

- Réactions sérologiques :

Réaction d'Hémolyse : négative.

Réaction de Kahn : négative

Réaction de Kline : négative.

- Taux de Prothrombine : 101 %.

Test de résistance à l'héparine :

Temps de Howell : 2'30" témoin : 2'

0,6 unités d'Héparine : 10'45" témoin: 9'30"

ce qui montre une légère tendance à l'hypocoagulabilité.

- Recherche de sang dans les matières fécales: néant.

Conclusion :

Au terme de ces examens, le diagnostic posé était celui d'une tumeur comprimant la face postérieure de l'oesophage terminal :

- Soit une tumeur extrinsèque vraisemblablement ganglionnaire, car le B.W. négatif et les tomographies transversales permettaient d'écarter le diagnostic de l'anévrysme.

- Soit une tumeur développée dans la paroi postérieure de l'oesophage, vraisemblablement bénigne, en raison de la netteté et de la régularité des contours et de l'intégrité absolue de la muqueuse.

Le bon état général de cette malade, l'électrocardiogramme normal, les examens biologiques satisfaisants, permettent d'intervenir.

Intervention : le 28-XII-1956.

Anesthésie : Intubation, Pentotal, Curare Ether.

Incision : 8ème espace intercostal gauche.
Plèvre libre.

On constate une tumeur de la taille d'une balle de tennis, régulièrement arrondie, développée dans l'épaisseur de la paroi postérieure de l'oesophage, de consistance ferme, sur laquelle s'étalent les fibres musculaires longitudinales de l'oesophage. Bien que l'on ait l'impression que cette masse puisse facilement être énucléée, l'on préfère la réséquer en sectionnant la paroi de l'oesophage à 1 cm de part et d'autre de la tumeur, muqueuse comprise.

A la fin de cette résection, il existe une

très large brèche circulaire allant d'un bord à l'autre de l'œsophage ; mais, étant donné l'énorme distension de la face antérieure, une suture latérale peut être réalisée en deux plans : muqueuse et musculaire.

Fermeture de la paroi en 4 plans. Pose de 2 drains.

Suites opératoires :

Elles sont simples. L'alimentation liquide est autorisée dès le 2ème jour. L'alimentation solide est reprise le 15ème jour.

Le 20 janvier 1957, la malade quitte le service.

Evolution :

La malade est revue le 4.4.1957.

- Reprise de poids : 10 kg.
- Toute dysphagie a disparu. L'alimentation est normale.
- Radiographie : le transit œsophagien est normal :
 - Toute dilatation a disparu.
 - Aucun rétrécissement inférieur.

Mais, en juin 1958, soit 18 mois après l'intervention, la malade est à nouveau hospitalisée pour dysphagie.

Les radiographies montrent une récurrence locale.

Une gastrostomie est pratiquée et un traitement radiothérapique est entrepris mais la mort survient en juillet 1958.

Examen histologique pratiqué le 24 février 1957 par le Professeur Fruhling de Strasbourg. Sarcome fibroblastique envahissant activement

la muqueuse oesophagienne avec un envahissement partiel du revêtement malpighien qui est légèrement ulcéré. Ce sarcome se développe dans un tissu scléreux très dense qui constitue une fausse capsule secondaire à la rapidité de la croissance de la tumeur. Cette fausse capsule est elle-même envahie et dépassée par des coulées de cellules cancéreuses.

Il n'y a pas de grande zone de nécrose et ce sarcome reste toujours bien typique. Très nombreuses figures de mitoses anormales. Grand nombre de vaisseaux sarcomateux, c'est-à-dire sans paroi propre.

Conclusion :

Cette observation présente un double intérêt :

- Au point de vue diagnostique :

- Le diagnostic préopératoire était celui d'une tumeur bénigne, en raison de l'aspect radiologique, de l'intégrité absolue de la muqueuse et l'on pensait qu'il s'agissait sans doute d'un leiomyome de l'oesophage.

- Le diagnostic opératoire était également celui d'une tumeur bénigne qui avait l'allure d'une tumeur encapsulée. Là encore est-il possible de faire le diagnostic différentiel d'avec un leiomyome ? N'y a-t-il pas lieu d'envisager pour toute tumeur de la paroi oesophagienne un examen anatomo-pathologique extemporané ?

- Au point de vue thérapeutique :

- La résection très limitée entraîne-t-elle une récurrence ?

- La résection large est-elle nécessaire ?

- La radiothérapie post-opératoire doit-elle être systématique ?

ETIOLOGIE

-:-

L'étiologie des sarcomes primitifs de l'oesophage constitue un chapitre obscur en raison du peu de renseignements que comportent la plupart des observations à ce sujet.

Il semble que l'on puisse néanmoins retenir plusieurs facteurs :

L'éthylisme :

Constitue le facteur étiologique essentiel des carcinomes de l'oesophage. Il semble également souvent en cause pour les sarcomes, avec peut-être une fréquence moindre, ce qui pourrait expliquer que la proportion de sarcomes chez l'homme soit moins importante que celle des épithéliomas quand on compare ces chiffres à ceux rencontrés dans l'autre sexe.

Le tabac :

Plusieurs auteurs en font état dans leurs observations comme étant un facteur étiologique important.

L'irritation locale :

Le simple passage du bol alimentaire est parfois la source d'une irritation, particulièrement chez les sujets qui ne mastiquent pas suffisamment leurs aliments. Cette irritation siège essentiellement dans la partie basse de l'oesophage thoracique où peut se produire une stagnation des aliments et où peuvent se faire des régurgitations du contenu acide

de l'estomac, ce qui, pour Chevalier-Jackson, expliquerait la fréquence des sarcomes de la partie inférieure de l'oesophage thoracique.

D'autres causes d'irritation chronique sont signalées : un malade porteur d'un sarcome présentait dans ses antécédents un rétrécissement oesophagien ayant suivi l'ingestion d'un caustique. Un autre avait eu une plaie oesophagienne quelques années auparavant, plaie provoquée par un fragment d'os.

Nous rangerons dans la même catégorie les sarcomes survenus à la suite d'une oesophagite chronique souvent provoquée par un traumatisme remontant généralement à plusieurs années.

La dégénérescence des tumeurs bénignes :

Elle n'est pas admise par tous. Certes, on peut penser que l'aspect macroscopique de certains sarcomes étant trompeur, et simulant celui d'une tumeur bénigne, et particulièrement d'un leiomyome, comme dans notre observation, il est possible d'incriminer, lorsqu'on parle de récurrence maligne d'une tumeur bénigne, une erreur dans l'interprétation histologique de la pièce prélevée lors de la première intervention.

Toutefois, il semble que dans certains cas l'analyse histologique ait été faite avec assez de soins et assez de précision pour que cette étiologie soit prise en considération.

Les formes intradiverticulaires :

Nous avons trouvé deux cas de sarcomes ayant pris naissance dans un diverticule.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE MACROSCOPIQUE

-:-

L'étude des divers protocoles d'autopsie concernant les sarcomes primitifs de l'oesophage permet de dégager certaines caractéristiques.

I.- Le siège :

Nous avons trouvé sur 128 cas des renseignements quant au siège de la tumeur :

- Région cervicale 11 cas : 8,5 %
- Région thoracique 111 cas : 87,8 %

à savoir :

tiers supérieur	18 cas : 14 %
tiers moyen	26 cas : 20,3 %
jonction tiersmoyen-	
tiers inférieur	15 cas : 12 %
tiers inférieur	52 cas : 40,5 %

- Région abdominale
et diaphragmatique 6 cas : 4,7 %

Il reste 55 cas douteux quant à leur localisation.

La presque totalité des cas étudiés siège donc dans la région thoracique (87,8 %), et principalement au niveau du tiers inférieur. Pour certains auteurs, cette fréquence tiendrait au fait que la région thoracique basse serait plus fréquemment irritée par le passage du bol alimentaire.

La localisation cervicale est néanmoins retrouvée dans 11 cas. Certains sont peut-être en fait des sarcomes pharyngiens ou hypopharyngiens à prolongement oesophagien, formes rejetées par Simon. Néanmoins, les cas que nous citons sont tous rattachés par les auteurs modernes (Resano en particulier) aux formes oesophagiennes pures.

Il est en fait très difficile de se prononcer sur le siège exact de ces formes, les observations recueillies étant souvent très imprécises.

La même difficulté se présente pour les cancers de la partie inférieure et terminale de l'oesophage et en particulier du cardia qui, pour certains, sont le développement au niveau de l'oesophage de sarcomes de l'estomac.

Nous n'avons mentionné pour notre part dans ces deux catégories que des cas déjà rapportés par des auteurs récents, comme étant des sarcomes primitifs de l'oesophage.

Nous avons pu, pour 14 cas, préciser la paroi qui portait la tumeur :

Origine sur la paroi antérieure	5 cas
Origine sur la paroi postérieure	7 cas
Origine sur la paroi latérale gauche	2 cas
Origine sur la paroi latérale droite	1 cas

2.- Le nombre :

Dans l'immense majorité des cas, il n'existe qu'une seule tumeur. Néanmoins quelques cas de tumeurs doubles ont été signalés (Borrmann, Ovens et Russel). Livingood décrit même une tumeur triple.

Nous mettrons à part le cas où l'on rencontre autour de la tumeur principale des bourgeons néoplasiques qui semblent individualisés mais ne constituent que l'extension locale de la tumeur primitive.

3.- La taille :

La taille est très variable. Elle dépend de la forme macroscopique et même histologique.

Les myosarcomes sont souvent longs et volumineux. Les sarcomes à développement extraoesophagien constituent souvent des tumeurs importantes. Neil décrit un cas de 19 centimètres de long. Une dizaine de cas dépasse 13 centimètres.

Mais la majorité des sarcomes est de taille plus réduite. Un certain nombre d'entre eux mesure entre 5 et 10 centimètres, mais il existe de nombreux sarcomes ne dépassant pas 2 à 3 cm de long, particulièrement dans les formes polypeuses.

Dans notre observation, la tumeur était assez volumineuse, de la taille d'une balle de tennis.

4.- L'aspect macroscopique :

La classification macroscopique est très malaisée, chaque auteur employant des termes qui lui sont propres.

Nous distinguerons pour notre part les formes suivantes :

- Forme polypeuse :

Elle constitue le groupe le plus important. La moitié environ des sarcomes se rattache à cette catégorie.

Sous cette forme, les sarcomes apparaissent comme une masse de volume variable, généralement petite, de couleur grisâtre ou jaunâtre, à surface souvent irrégulière et non lisse, parfois ulcérée ou nécrosée, parfois hémorragique. Sa consistance est variable, assez fréquemment molle, parfois friable.

Cette tumeur obstrue peu à peu la lumière oesophagienne. Le plus souvent sa base est pédiculée ; le pédicule est de dimensions variables, généralement court et épais, mais parfois au contraire long et grêle (16 centimètres de long dans un cas décrit par Borrmann). Le processus néoplasique ne s'étend généralement pas sur la circonférence muqueuse au voisinage de la base, mais le pourtour muqueux peut s'ulcérer, des hémorragies pouvant alors se produire.

Lorsque la tumeur se sphacèle, il arrive, comme dans le cas décrit par Smith et Rusk, que le malade rejette au cours de l'évolution des fragments nécrosés de la tumeur. Cette tumeur, en s'extériorisant dans la lumière oesophagienne, qu'elle distend, entraîne une dysphagie par corps étranger et non par sténose.

Pour certains auteurs, ces sarcomes polypeux constitueraient la forme de dégénérescence maligne de polypes bénins de l'oesophage. Harrington le pense en particulier lorsque la tumeur est pédiculée et que le pédicule est allongé et grêle comme dans le cas de Borrmann. Il est possible que cette hypothèse soit exacte dans un certain nombre de cas, mais la grande majorité des sarcomes polypeux reste sans rapport avec l'existence d'une tumeur bénigne ancienne. Il ne faut d'ailleurs pas oublier que dans certains cas, et en particulier dans notre observation personnelle, l'aspect macroscopique de la tumeur était celui d'une tumeur bénigne,

et que seule l'histologie a permis de faire le diagnostic exact, ce qui permet de penser que certains polypes ou certains leiomyomes n'étaient peut-être en réalité que des sarcomes et que leur dégénérescence n'était qu'une récidive.

- Forme infiltrante :

Cette forme est moins fréquemment rencontrée que la précédente. Elle présente un aspect voisin de l'épithélioma : placard rigide étalé souvent sur toute la circonférence de la paroi oesophagienne. Ces sarcomes sont en général très étendus (Gastpar cite un cas de cette forme allant de la bifurcation trachéale au cardia). La muqueuse est parfois respectée ou du moins paraît macroscopiquement intacte. L'histologie infirme parfois cette impression. Dans ce cas, la tumeur se contente de soulever, de repousser la muqueuse dans la lumière oesophagienne, jusqu'à réaliser une sténose complète. Mais dans d'autres cas la muqueuse est elle-même atteinte ; cette altération prend des aspects divers : vaste ulcération infectée ou aspect papillomateux ou verruqueux.

Toutes les tuniques de l'organe sont progressivement envahies et le plus souvent rapidement. La diffusion extra-oesophagienne serait également précoce et importante, les organes voisins rapidement envahis, des perforations trachéales et bronchiques, des compressions médiastinales surviendraient en peu de temps ainsi que des suppurations pleurales, pulmonaires, médiastinales et même péricardiques. Les métastases et les extensions lymphatiques seraient également très précoces. Toutes ces caractéristiques en font la forme ayant le pronostic le plus effroyable et l'évolution la plus foudroyante.

Alors que par sa faible tendance à l'infiltration, la forme polypeuse est d'un pronostic

relativement moins mauvais, cette catégorie de sarcome semble être la plus grave. Stark considèrerait qu'elle était sans sanction thérapeutique possible. Cette rapidité d'évolution est pour certains auteurs la caractéristique essentielle différenciant cette forme de sarcome des carcinomes, ces derniers étant d'évolution moins brutale et moins térébrante (Michaud).

- Forme annulaire :

C'est celle que réalisent des sarcomes ayant tendance à envahir toute la circonférence de la paroi oesophagienne, mais ne s'étendant pas en profondeur, n'ayant pas tendance à infiltrer les tuniques externes de l'organe. Le développement de la tumeur est avant tout centripète entraînant une obstruction précoce de la lumière, et généralement des signes cliniques également précoces, ce qui rend son pronostic meilleur que celui de la forme précédente, d'autant plus que l'invasion médiastinale serait très tardive par opposition avec la forme infiltrante.

- Forme nodulaire :

Réalisée par une tumeur ovulaire ou arrondie, souvent friable, parfois ombiliquée (Berthollet), peu extensive en général, mais présentant souvent un pourtour induré et parfois même infiltré, cette forme s'ulcère assez souvent.

On peut rattacher à cette catégorie les sarcomes dits végétants qui sont également d'évolution lente, donnent des signes cliniques tardifs, mais ont parfois tendance à s'ulcérer, ainsi que les sarcomes décrits simplement comme "ulcérés".

Sur les 181 cas étudiés, nous trouvons :

Forme polypeuse	68 cas
Forme infiltrée	19 cas
Forme annulaire	8 cas
Forme nodulaire	14 cas
Forme végétante	17 cas
Forme ulcérée pure	8 cas
Non déterminés	49 cas.

Nous avons déjà signalé que le développement de la tumeur pouvait se faire soit dans la lumière du conduit oesophagien, soit dans l'épaisseur même de l'organe, soit extrinsèquement, en dehors de l'organe. Cette dernière forme décrite par Resano appelle quelques commentaires.

Il ne faut pas confondre cette forme avec la forme infiltrante et extensive, à potentiel malin intense, qui envahit les organes voisins après avoir perforé l'oesophage, créant des fistules trachéo-oesophagiennes et oesophago-bronchiques, érodant parfois même la crosse de l'aorte et dont le développement n'est pas uniquement extrinsèque et se fait également vers la lumière oesophagienne. Cette forme, bien décrite par Resano est très différente : Ici, la tumeur, après avoir dissocié les fibres longitudinales de la musculuse se développe extrinsèquement. Son potentiel malin est moindre car :

- Il n'y a pas d'adhérences aux organes voisins qui ne sont pas envahis.

- Il existe une capsule rudimentaire qui permet de trouver un plan de clivage donnant la possibilité de séparer la tumeur des organes voisins et de l'énucléer, par une dissection facile.

- L'infiltration pariétale est très limitée.

- L'évolution est lente, l'envahissement lymphatique minime, les métastases sont rares et tardives.

Cette forme est donc, suivant Regano , plus susceptible d'exérèse que les tumeurs de la série épithéliale. Elle s'oppose par son évolution et son pronostic à la forme infiltrante à développement extrinsèque.

HISTOLOGIE

-:-

Le sarcome de l'œsophage se développe aux dépens de l'une des différentes tuniques de l'organe peut-être plus fréquemment au niveau de la sous-muqueuse.

C'est parfois, pour certains auteurs, la forme de dégénérescence d'une tumeur bénigne, d'un leiomyome en particulier. Cette hypothèse n'est pas admise par tous. Dans notre observation, par exemple, la tumeur qui était maligne avait été d'abord étiquetée comme étant bénigne, et il semble que cette erreur ait pu se renouveler à plusieurs reprises. Néanmoins, nous pensons avec Harrington que cette dégénérescence a pu se produire dans quelques cas.

La majorité des protocoles histologiques souligne la présence de cellules rondes ou polyédriques dont les caractéristiques cytologiques et architecturales les distinguent des épithéliomas.

Pour certains auteurs, seuls seraient réellement des sarcomes vrais, les cancers renfermant des cellules fusiformes telles que celles décrites par Dvorak. Si ce critère était unanimement admis, la moitié des sarcomes de l'œsophage ne mériterait pas, d'après Michaud, leur dénomination.

Nous trouvons, les cellules rondes mises à part, un certain nombre d'éléments histologiques fréquemment rapportés :

- Tout d'abord le grand nombre des vaisseaux néoformés est souvent signalé, comme dans notre observation ; les vaisseaux sont bordés de cellules tumorales, qui constituent par elles-mêmes les parois du vaisseau.

- Les hémorragies interstitielles sont fréquentes, ainsi que les plages de nécrose ou d'oedème.

- Les mitoses sont nombreuses, les noyaux très variables de forme, il existe souvent plusieurs nucléoles dans un même noyau.

- L'infiltration par les polynucléaires est de règle quand il y a altération de la surface, mais assez souvent la muqueuse est respectée, parfois elle s'atrophie et s'amincit au contact du sarcome, pouvant même se sphacéler.

La classification microscopique des sarcomes est une entreprise ardue. Plusieurs ont été tentées. L'une d'entre elles en particulier distinguait :

- les sarcomes fuso-cellulaires à petites cellules fusiformes,
- les sarcomes fuso-cellulaires à grandes et petites cellules fusiformes,
- les sarcomes fuso-cellulaires alvéolaires,
- les sarcomes globo-cellulaires,
- les sarcomes à grandes cellules rondes,
- les sarcomes polymorphes.

En fait, la difficulté pour entreprendre une telle classification réside surtout dans le manque d'uniformité des descriptions histologiques : certains termes sont employés avec des sens différents par plusieurs auteurs, on peut voir certains cas rapportés successivement

par deux auteurs et classés dans des catégories histologiques différentes. Il est également pour le moins étonnant que sur six réticulo-sarcomes qui existent dans la littérature, deux soient rapportés par Fruhling (qui ne rapporte d'ailleurs que ces deux cas de sarcome) et que les deux malades atteints de cette rare catégorie de sarcome aient tous deux été traités à l'Hôpital de Strasbourg entre 1947 et 1949. On remarque également que les cas de myosarcomes, très rares avant 1935 se sont multipliés depuis la guerre, particulièrement chez les auteurs américains.

Que conclure de ces réserves ? Il est dommage qu'une autorité incontestée n'ait pas codifié les critères qui permettent de ranger les différents cas de sarcomes digestifs dans des catégories bien déterminées. Le livre de Masson "Les tumeurs humaines" qui constitue pourtant un ouvrage important, ne nous a été d'aucune utilité, seule la classification que donne Edy Palmer dans son livre "Oesophagus diseases" nous a permis de mettre un peu de clarté dans ce chapitre et c'est à partir de celle-ci que nous avons établi notre propre classement, en y apportant toutefois de nombreuses modifications.

C'est ainsi que nous distinguerons :

1.- Les sarcomes du tissu conjonctif commun :

A/- Sarcomes fibroblastiques :

Cette forme constitue la catégorie principale pour Terracol. Grynfeldt les différenciait en sarcomes fibroblastiques fibrillogénétiques et afibrillogénétiques suivant leur potentiel de fibrillogenèse. Il insistait sur cette notion de présence ou d'absence au sein des cellules sarcomateuses d'un reticulum collagène différencié dans l'exoplasme, et considère que, du point

de vue diagnostique et pronostique cette différenciation est d'un intérêt capital. Il pensait en effet que l'existence d'une trame collagène entourant d'un réseau aux mailles serrées les parties actives du néoplasme augmente de façon notable la cohésion du tissu sarcomateux et, comme ce dernier est exposé à s'effriter dans les nombreuses lacunes qu'il renferme et qui sont en communication avec la circulation sanguine, il lui semblait que les chances de métastases étaient moins grandes au fur et à mesure que la cohésion augmentait. Il pensait donc que les sarcomes fibrillogénétiques devaient évoluer plus lentement et être moins sujets à métastases que les formes afibrillogénétiques.

Le cas rapporté dans notre observation appartient à cette catégorie.

Dans ces formes, les cellules sont allongées ou arrondies (variétés fuso-cellulaires et globo-cellulaires) de taille variable, avec ou sans collagène interstitiel. Elles peuvent être disposées en travées ou anarchiquement. Parfois, comme dans notre cas, il existe une fausse capsule constituée par un tissu d'origine scléreuse, qui peut macroscopiquement apparaître comme une limitation nette de la tumeur, voire même constituer un plan de clivage qui peut tenter le chirurgien à considérer la tumeur comme bénigne et l'amener à se contenter d'une simple énucléation.

Il existe de nombreux vaisseaux néoformés, vaisseaux sarcomateux dont la paroi est faite de cellules néoplasiques, cette structure expliquant la voie métastatique de ce type de cancer : voie sanguine, les cellules tumorales qui forment la paroi du vaisseau pouvant se détacher dans la lumière et aller créer ailleurs des métastases. Notre cas personnel était

riche en vaisseaux néoformés.

Nous rattachons à cette catégorie la majorité des sarcomes dits "à cellules rondes" ou "à cellules fusiformes" suivant ainsi Smith et Rusk.

Resano pense, pour sa part, que cette catégorie est moins importante et que l'étude histologique plus poussée de nombreux cas aurait permis de les rattacher à d'autres variétés histologiquement plus définies.

B/- Myosarcomes :

Ce sont des sarcomes d'origine musculaire, faits de cellules fusiformes disposées en travées et prenant le plus souvent, macroscopiquement, l'aspect polypeux.

Pour certains, cette variété pourrait être la forme de dégénérescence d'une tumeur musculaire bénigne (myome).

On distingue :

- Les Leiomyosarcomes.

Ils sont formés aux dépens des fibres musculaires lisses de l'oesophage. Pour certains, ils pourraient être dûs à la dégénérescence des leiomyomes bénins.

Macroscopiquement, ils sont en général jaunâtres, de consistance molle.

- Les Rhabdomyosarcomes.

Ils sont formés aux dépens des fibres musculaires striées.

Macroscopiquement, ils seraient fermes et d'aspect blanc-rosé.

Les rhabdomyosarcomes siègent surtout dans la partie haute du tiers supérieur de l'oesophage thoracique et dans la partie cervicale ; les leiomyosarcomes se rencontrent dans la moitié inférieure de l'oesophage thoracique. En fait, cette notion de siège s'est révélée parfois inexacte.

Notons que pour certains auteurs, pour French et Garland en particulier, l'origine de ces myosarcomes ne serait pas toujours la musculuse mais parfois la musculaire muqueuse.

C/- Myxosarcomes :

Ils ont été décrits par Bérard et Sargnon.

Ils sont constitués par une prolifération désordonnée d'éléments cellulux étoilés ou rameux dont les prolongements s'anastomosent. Ces cellules baignent au sein d'une substance fondamentale intercellulaire oedématisée. Exceptionnellement, elle peut être plus ou moins riche en mucus que l'on peut mettre en évidence par certains colorants électifs de cette substance, mucicarmin notamment ; dans ce cas, il s'agirait bien d'un myxosarcome.

En fait, pour Bérard et Sargnon, la forme pure serait rare. A leurs yeux, la structure myxoïde représente le plus souvent un des aspects histologiques du sarcome fibroblastique.

D/- Sarcomes squelettogènes :

Les formes chondroblastiques et ostéoblastiques pures n'ont jamais été signalées, mais elles peuvent se rencontrer dans certaines formes atypiques de sarcomes fibroblastiques étant donné les potentialités multiples de la

cellule mésenchymateuse, on peut avoir affaire à des éléments indifférenciés constituant des plages de tissu fibroïde, chondroïde, ou osté-
oïde. C'est là la caractéristique histologi-
que des sarcomes squelettogènes décrits par
Pierre Masson. Lortat-Jacob en rapporte un
cas.

E/- Sarcomes neurogéniques :

Ils constituent également une forme de dif-
férenciation des sarcomes fibroblastiques.

Pour Edy Palmer, un certain nombre de cas
décrits sous le nom de "sarcomes fibroblasti-
ques" devrait en fait entrer dans cette caté-
gorie.

II.- Les Sarcomes des tissus lympho-leucopoié- tiques.

A/- Réticulosarcomes. Histiosarcomes :

Cette catégorie n'existe pas pour Edy Pal-
mer. En fait, plusieurs cas de réticulosar-
comes ont été rapportés. Il est vrai que 2
d'entre eux ont, comme nous le signalions au
début de ce chapitre, été publiés par le même
auteur.

On peut distinguer :

- Les réticulo-sarcomes syncytio-réticulo- cytaires :

Ils constituent la forme la plus indifféren-
ciée. Présentant la structure syncytiale du
reticulum matriciel mésenchymateux.

- Les réticulosarcomes histiocytaires :

Ils sont constitués par des éléments fusi-

formes, trapus, polymorphes, de nature maligne et appartenant à la série histiocytaire.

B/- Lymphosarcomes :

Ils constituent une forme nettement à part. Ils se développent aux dépens des follicules lymphoïdes rudimentaires que l'on observe dans la couche sous-muqueuse de l'oesophage. Ils sont constitués par une prolifération anarchique d'éléments lymphocytaires et lymphoblastiques, généralement doués d'une grande activité mitotique et antimitotique (Terracol).

Pour Palmer, cette forme atteindrait surtout les adolescents et les adultes jeunes.

Stephan en rapporte un cas chez un enfant de 4 ans.

Ils n'ont pas de localisations spéciales et ont tendance à l'infiltration.

C/- Endothélio-sarcomes et angio-endothélio-sarcomes :

Ils constituent une forme rarissime. Brodus en 1933 et Palanker en 1947 en rapportent chacun un cas.

III.- Les formes spéciales :

A/- Formes mixtes. Les carcino-sarcomes :

Elles sont discutées. Pearlmann pense que ce ne sont en fait que des carcinomes, hautement indifférenciés, anaplasiques.

En fait, l'étude histologique minutieuse faite par plusieurs auteurs permet de penser que ces formes existent réellement.

On peut à notre avis distinguer :

- Les faux carcino-sarcomes :

Dans cette catégorie entrent :

- Les carcinomes ayant envahi une tumeur bénigne de la paroi oesophagienne, tumeur qui se trouvait être de nature conjonctive,

- les carcinomes hautement indifférenciés, anaplasiques, décrits par Pearlmann et dans lesquels se rencontrent des cellules fusiformes ou géantes de type sarcomateux.

- les carcinomes dans lesquels une stroma-réaction conjonctivo-lymphocytaire simule un lymphosarcome,

- les carcinomes dans lesquels une stroma-réaction fibreuse comprime et déforme les cellules épithéliales leur donnant ainsi l'aspect de cellules fusiformes.

- Les vrais carcino-sarcomes :

Que l'on pourra diviser en :

- Carcinomes se différenciant partiellement en sarcome.

- Sarcomes se différenciant partiellement en carcinome;

- Sarcomes envahissant un carcinome voisin.

- Carcinomes envahissant un sarcome.

Ces quatre formes pouvant réaliser :

- Soit deux types histologiques distincts, la tumeur mixte présentant alors deux parties, l'une étant sarcome, l'autre étant carcinome.

- Soit deux types histologiques étroitement mélangés, l'aspect histologique étant alors sensiblement uniforme, "carcino-sarcomateux", les cellules de nature épithéliale étant mêlées aux cellules sarcomateuses sans qu'il soit possible de distinguer le côté sarcome du côté carcinome de la tumeur.

- Soit une forme intermédiaire : tumeur formée de plusieurs îlots différents, les uns de nature épithéliale, les autres de nature sarcomateuse.

- Les tumeurs doubles :

Il s'agit de la coexistence d'une tumeur sarcomateuse et d'une tumeur carcinomateuse sans pénétration ni frontière commune. Les deux tumeurs peuvent être voisines ou séparées par plusieurs centimètres, elles évoluent pour leur propre compte, indépendamment l'une de l'autre.

- Les tumeurs par induction :

Elles ont été décrites par Scheidegger en 1955. Dans l'observation qu'il rapporte, cet auteur décrit un cancroïde de l'oesophage ayant provoqué par irritation tumorigène sur le tissu environnant une nouvelle tumeur maligne qui est ainsi formée par induction avec développement indépendant et métastases propres.

B/- Mélanosarcomes :

Les tumeurs mélaniques malignes de l'oesophage sont également l'objet de discussions. Certains auteurs les rattachent aux sarcomes et les appellent mélanosarcomes, d'autres en font des carcinomes et leur donnent le nom de mélanocarcinomes, sans qu'il soit possible de distinguer les deux catégories, car le même cas change

de dénomination suivant qu'il est rapporté par tel ou tel auteur.

Néanmoins, la tendance actuelle semble être de les rattacher à la catégorie des sarcomes, et c'est ce que nous ferons, sans préjuger pour cela de leur nature réelle.

Les 181 cas que nous avons pu étudier se répartissent ainsi :

I/- Fibrosarcomes	71 cas (40 %)
indifférenciés	15
à cellules rondes	12
à cellules fusiformes	17
indéterminés	17
à cellules rondes et fusiformes	10
II/- Myxosarcomes	3 cas
III/- Myosarcomes	36 cas (20 %)
leiomyosarcomes	26
rhabdomyosarcomes	10
IV/- Fibrosarcomes à méta- plasie ostéoïde	2 cas
V/- Neurosarcomes	1 cas
VI/- Réticulosarcomes	6 cas
VII/- Lymphosarcomes	10 cas (6 %)
VIII/- Endothéliosarcomes	3 cas
IX/- Carcinosarcomes	22 cas (18 %)
X/- Mélanosarcomes	24 cas (14 %)
XI/- Indéterminés	6 cas.

STATISTIQUES

-:-

Le sarcome de l'oesophage représente un pourcentage variant, selon les auteurs, entre 1 et 2 % de l'ensemble des tumeurs cancéreuses de cet organe.

Personnellement, nous penchons plutôt pour le pourcentage de 1 %, encore que certains sarcomes ont été, dans le passé, confondus avec les épithéliomas, certains auteurs avant 1930 ne reconnaissant que ce dernier type histologique au niveau de l'oesophage. Ces erreurs sont rares actuellement.

- Sexe :

Pour Fruhling et Wild (1951) la fréquence est la suivante :

Sarcomes de l'oesophage :

Hommes 83 %	Femmes 17 %
-------------	-------------

Totalité des tumeurs malignes de l'oesophage :

Hommes 96,5 %	Femmes 3,5 %
---------------	--------------

Personnellement, nous trouvons :

Hommes	99 cas
Femmes	41 cas
Sexe non mentionné	41 cas

ceci sur l'ensemble des 181 cas, ce qui nous donne pour les 140 cas où le sexe est connu les pourcentages suivants :

Hommes 72,5 %	Femmes 28,5 %
---------------	---------------

Ces résultats montrent que, proportionnellement, le sarcome atteint plus fréquemment les femmes que ne le fait l'épithélioma. Mais ce résultat tient peut-être aussi au fait que le cancer de l'oesophage étant une maladie plus rare chez la femme que chez l'homme, les examens complémentaires et histologiques y sont faits avec plus de minutie et de précision. Toutefois, deux facteurs semblent militer en faveur de cette statistique :

- Le terrain éthylique, plus fréquemment rencontré chez l'homme, ne semble pas un facteur étiologique aussi important que dans les épithéliomas.

- Les tumeurs bénignes susceptibles de dégénérescence (encore que cette dégénérescence ne soit pas admise par tous) semblent plus fréquentes chez la femme que chez l'homme.

- Age :

Nous avons trouvé, toujours sur 181 cas, les résultats suivants :

- moins de 10 ans	2 cas	1,5 %
- de 10 à 20 ans	1 cas	0,7 %
- de 20 à 30 ans	2 cas	1,5 %
- de 30 à 40 ans	10 cas	7 %
- de 40 à 50 ans	21 cas	14,7 %
- de 50 à 60 ans	41 cas	28,7 %
- de 60 à 70 ans	46 cas	32,5 %
- de 70 à 80 ans	16 cas	11,2 %
- Plus de 80 ans	2 cas	1,5 %

ceci sur un total de 141 cas où l'âge était précisé. Il reste 40 cas sur lesquels ce renseignement nous manque.

Il ressort de cette statistique que le sarcome apparaît dans la majorité des cas entre 50 et 70 ans (plus de 61 %), et que les âges

extrêmes au-dessous de 30 ans et au-dessus de 80 ans sont très épargnés puisqu'ils ne représentent qu'un pourcentage de 4,5 %.

- Siège :

Notre statistique porte sur 128 cas dont le siège est déterminé. 55 cas restent douteux quant à leur localisation.

- Région cervicale	11 cas	9 %
- Région thoracique 1/3 sup.	18 cas	14 %
- " 1/3 moy.	26 cas	20 %
- " jonction 1/3 moy.		
- " 1/3 sup.	15 cas	12 %
- " 1/3 inf.	52 cas	40 %
- Région abdominale et diaphragmatique	6 cas	4,5 %

La presque totalité des cas étudiés siège donc dans la région thoracique (plus de 85 %) et principalement dans le 1/3 inférieur (40 %).

Pour certains auteurs, cette fréquence tiendrait au fait que la région thoracique basse serait plus fréquemment irritée par le bol alimentaire.

En conclusion, et sur l'ensemble de nos statistiques, il semble que le sarcome de l'oesophage soit une maladie atteignant surtout les hommes entre 50 et 70 ans et siégeant dans la majorité des cas dans la partie inférieure de l'oesophage thoracique.

CLINIQUE

-:-

La clinique montre assez peu de différences entre le sarcome et l'épithélioma, et certains nient même tout caractère clinique différentiel.

La dysphagie :

C'est le signe clinique majeur, celui qui amène le malade à consulter.

Bien souvent elle est minime, simple gêne à la déglutition qui en est ralentie mais non supprimée. Parfois plus nette, contraignant le malade à sélectionner ses aliments. Elle est rarement intense, sauf dans les derniers temps où elle n'autorise plus que le passage des liquides.

Elle est généralement d'abord liée au spasme, sans rapport avec le volume de la tumeur, mais au cours de l'évolution elle se trouve liée au développement du néoplasme qui réalise un obstacle soit en comprimant la lumière oesophagienne, soit en l'envahissant peu à peu.

Son installation est le plus souvent progressive, sa marche peut être très lente : certains malades la font remonter à 6 mois et même un an avant la date de leur consultation.

Elle peut être intermittente, mettant ainsi en valeur son aspect spasmodique, avec des caractères nettement tranchés : dysphagie absolue, complète durant quelques jours ou même

simplement l'espace d'un repas, apparue brusquement, pour disparaître de même sans raisons apparentes.

Rarement, elle s'installe brutalement et définitivement, sans tendance régressive.

Elle paraît en rapport avec le siège, elle est plus nette au voisinage des points fixes qu'avec la nature de la tumeur. Elle est cependant moins marquée ou même absente dans les formes à développement extra-oesophagien (Pennes).

Dans notre observation, c'est le signe clinique unique. Elle est d'installation progressive et remontait à trois mois avant la première consultation. Elle était à la date de l'hospitalisation devenue intense puisqu'elle ne permettait plus qu'une alimentation liquide.

La douleur :

Ce signe semble plus fréquemment rencontré que dans le carcinome. C'est même parfois le seul signe d'alarme qui, en dehors de toute dysphagie, amène le malade à consulter.

Pour Orton, c'est le signe capital.

Pour notre part, sur 181 cas, nous retrouvons ce signe dans 40 cas (soit dans 39 % des cas), puisque nous ne possédons de renseignements cliniques que sur 104 cas).

Le plus souvent, il s'agit d'une brûlure, Mais parfois elle est ressentie comme une oppression, ou une névralgie.

Elle siège généralement dans la région rétro-sternale . Mais parfois aussi le siège est autre : épigastrique, interscapulaire, thoraci-

que généralisé, parfois même lombaire (Guisez).

La douleur peut avoir des irradiations. Principalement vers la région interscapulaire et les omoplates (Hoffmann).

Elle peut être très intense, accrue par des paroxysmes nocturnes pouvant empêcher le sommeil.

Pour Hoffmann, l'intensité peut être telle qu'elle rappelle celle des anévrysmes. Dans le cas décrit par Stark et Simon, les douleurs sont térébrantes.

Par contre l'importance de la douleur a été exagérée aux yeux de Resano qui la comparait à une simple sensation de gêne rétro-sternale. Pour ce même auteur, le pourcentage des cas douloureux ne dépasse pas 15 %. French et Garland sont de cet avis.

Au point de vue temps, la douleur est souvent liée à la déglutition. Mais ce caractère n'est pas constant. On a signalé des cas de douleurs nocturnes, et Stark considère comme un caractère capital le fait qu'elle survient par crises violentes, spontanées, en dehors de la déglutition, surtout nocturnes.

L'Amaigrissement :

C'est un signe souvent rencontré.

On peut distinguer deux formes :

- amaigrissement, témoin de la dysphagie,
- amaigrissement isolé, en l'absence de toute dysphagie, accompagné d'un déclin de l'état général.

Il est d'importance variable, portant généralement sur plusieurs mois, mais peut dans certains cas être rapide et atteindre plusieurs kilogrammes en une seule semaine. Il est souvent accompagné d'un mauvais état général, parfois plus marqué que ne le donnerait l'amai-

grissement seul.

Il peut être intense et atteindre 20 kilogrammes et même davantage en quelques semaines, en fait il est le plus souvent modéré et de l'ordre de 2 à 5 kilogrammes.

Parfois, mais non toujours, il s'accompagne d'anorexie.

Dans notre observation, l'amaigrissement est notable (12 kg) mais ne s'accompagne pas d'un mauvais état général.

Les autres signes :

D'autres signes d'importance variable se rencontrent.

Les régurgitations ont été quelquefois décrites. De même la fétidité de l'haleine en cas de tumeur sphacélée.

Les vomissements peuvent survenir. Vomissements d'aliments le plus souvent. Parfois vomissements sanglants, qui peuvent même prendre le caractère de véritables hématomèses.

Smith et Rusk décrivent même un cas où le malade avait, à plusieurs reprises, vomi des fragments de tumeur qui permirent le diagnostic, tandis que la dysphagie disparaissait ou s'atténuait pour un temps. Timbal rapporte un cas similaire.

Les hémorragies ont été décrites mais elles sont relativement rares. Bell cite cependant le cas d'un mélaena dans une lésion du tiers moyen de l'oesophage ce qui est absolument exceptionnel.

On a aussi décrit, dans certains cas, la présence de sialorrhée, éructations, de troubles de la voix par paralysie récurrentielle, tous signes assez rarement rencontrés.

D'après nos statistiques, nous trouvons sur

104 cas sur lesquels nous possédons des renseignements cliniques :

la dysphagie mentionnée	dans 77 cas, soit dans 76%
les douleurs	dans 40 cas, soit dans 39 %
l'amaigrissement	dans 27 cas, soit dans 26 %
les vomissements	dans 6 cas, soit dans 5 %
les hémorragies	dans 4 cas, soit dans 4 %.

En conclusion, s'il semble que, comme dans les épithéliomas, la dysphagie soit le signe essentiel de la maladie, voire même le seul comme dans notre observation, le pourcentage des malades se plaignant de douleurs semble plus élevé que dans le carcinome. De plus, cette douleur semble en l'absence de toute dysphagie être capable de provoquer une atteinte de l'état général qui, pour certains auteurs, serait un signe très évocateur du sarcome de l'oesophage.

Parfois dysphagie et symptômes oesophagiens sont très tardifs, certaines métastases sarcomateuses n'ont pu être rapportées à leur origine qu'à l'autopsie.

Les formes à développement extraoesophagien se manifestent souvent par des signes de compression médiastinale au premier rang desquels vient la dyspnée puis les troubles de la toux et de la voix, enfin les compression récurrentielles.

EXAMEN RADIOLOGIQUE

--

L'examen radiologique ne permet pas de faire le diagnostic de sarcome, mais il oriente le diagnostic le plus souvent.

Les images qu'il révèle sont variables avec le type et la forme de la tumeur. Nous passerons chacun des principaux types de résultats radiologiques en revue.

- Dans les formes polypeuses à développement intra-oesophagien :

L'image peut prêter à confusion avec celle donnée par les tumeurs bénignes de l'oesophage et principalement par les fibromyomes.

Les tumeurs, surtout quand elles sont de gros volume, provoquent un arrêt net de la baryte qui semble contourner une masse irrégulière, grossièrement arrondie, à contours finement dentelés, réalisant une image connue sous le nom de coquetier renversé.

Quels signes permettent de différencier ces formes des tumeurs bénignes ?

Dans les sarcomes, le liseré muqueux n'est jamais total ; le contour des tumeurs bénignes est encore plus régulier, mais certains sarcomes polypeux présentent radiologiquement une surface parfaitement lisse.

En fait, il faudrait pouvoir comparer les

radios suspectes avec celles de véritables tumeurs bénignes pour pouvoir noter quelque différence, et il est dans bien des cas impossible de poser le diagnostic sur une seule image, comme cela est arrivé dans notre observation. Seule la biopsie endoscopique permettra alors d'établir un diagnostic.

Parfois, toutefois, certains signes de malignité peuvent être visibles.

- outre l'ébauche d'une irrégularité des contours, on pourra noter :
- une augmentation du calibre oesophagien,
- un aspect marécageux, plus évocateur.

Il ne faudra pas confondre une image de tumeur avec les ombres similaires que peuvent donner l'air dégluti ou l'hétérogénéité du mélange opaque, ni avec la lacune persistante du méga-oesophage qui disparaît après lavage ou évacuation du contenu liquide ou alimentaire.

- Dans les formes infiltrantes :

L'image est celle donnée par les épithéliomas: arrêt de la baryte, rétrécissement, opacité mal limitée, irrégulière, défilé oesophagien étroit et tortueux. Aucun caractère ne la différencie réellement au point de vue radiologique des autres tumeurs malignes de l'oesophage, n'est peut-être l'extension généralement marquée des lésions. Mais là, si le caractère malin de la tumeur apparaît le plus souvent dès le temps radiologique, seule, la biopsie permettra de faire le diagnostic de sarcome, encore l'endoscopiste aura-t-il parfois la hantise des biopsies effectuées sur des lésions infiltrantes et se contentera-t-il d'une aspiration ou d'un Papanicolaou?

- Dans les formes à développement extra-oesophagien :

Le sarcome revêt ici l'aspect d'une tumeur médiastinale comprimant et refoulant l'oesophage. La radiographie après baryte est bien souvent trompeuse, montrant l'intégrité du canal et la conservation des plis muqueux.

Seul signe différentiel : la tumeur est solidaire de l'oesophage sous toutes les incidences. Il faut parfois pour mettre ce caractère en évidence, pratiquer comme dans notre cas des tomographies transversales. C'est dire si l'erreur de diagnostic dans ses formes est fréquente, d'autant que l'examen endoscopique ne montre rien d'anormal à part la compression de l'organe : notre observation est une illustration éloquente de ce cas.

L'aspect est donc ici celui d'une tumeur du médiastin postérieur à contours nets et homogènes, et, ce n'est qu'après avoir éliminé les kystes dermoïdes, les anévrysmes de l'aorte, les cancers pulmonaires, les adénopathies trachéo-bronchiques, les lymphosarcomes ganglionnaires, les tumeurs médiastinales de la maladie de Hodgkin, que l'on pourra penser à un sarcome extra-oesophagien.

On pensera néanmoins au sarcome quand une tumeur du médiastin postérieur à contours nets et homogènes, se détachant du champ pulmonaire, donne en même temps une lacune par compression de l'oesophage. Tout processus s'accompagnant d'une encoche par compression extrinsèque de cet organe avec ou sans ombre de voisinage doit également évoquer la possibilité de ce diagnostic (Resano).

- Dans l'ensemble, les résultats de la radiographie sont donc décevants, voire trompeurs.

C'est dire l'intérêt qu'il y a dans les formes où cela est possible et en connaissant ses dangers, à pratiquer une biopsie endoscopique.

Quelques autres signes radiologiques ont été signalés qui peuvent être retrouvés au cours de l'examen radiologique ; citons en particulier le Signe de Calvet (arrêt de la bouillie au niveau des sinus piriformes qui traduit une paralysie du nerf glosso-pharyngien. La dilatation en amont, banale, est souvent rencontrée.

ENDOSCOPIE - BIOPSIE

--

L'endoscopie oesophagienne donne différents résultats suivant le type du sarcome. Rappelons qu'elle ne doit être pratiquée qu'après avoir éliminé l'existence d'un anévrysme de l'aorte, élimination à faire en présence d'une tumeur à développement extra-oesophagien par la constatation de réactions sérologiques négatives.

- Dans les formes à développement intra-oesophagien, l'examen endoscopique montre l'existence d'une tumeur de volume variable, arrêtant le tube endoscopique à son pôle supérieur si elle est importante, de surface généralement irrégulière, parfois sphacélée, obstruant plus ou moins la lumière, réunie à la paroi par un pédicule le plus souvent court et épais. La muqueuse du canal paraît saine le plus souvent autour du pédicule. Cet examen rend assez vraisemblable le caractère malin de la tumeur ; alors que la radio auparavant aura souvent fait hésiter sur le diagnostic de tumeur bénigne.

On devra, temps essentiel, prélever un fragment de la tumeur, la biopsie permettant alors d'affirmer le diagnostic.

- Dans les formes infiltrantes, l'endoscopie sera surtout intéressante en cas d'atteinte de la muqueuse qui se révélera ulcérée ou indurée, mais parfois, celle-ci est respectée, et l'oesophagoscopie ne montrera alors qu'un refoulement de la paroi, un aplatissement de l'organe. La prise biopsique devrait alors être de grandes

dimensions, puisque si on la limitait à la seule muqueuse, l'examen histologique serait négatif. Malheureusement la biopsie est souvent dangereuse dans ces formes infiltrantes en raison du risque de perforation.

- Dans les formes à développement extra-oesophagien, les résultats de l'oesophagoscopie seront minces ; elle ne montrera que le refoulement de la paroi, l'aspect de la muqueuse étant normal. La biopsie n'apportera ici aucun élément intéressant, le seul résultat pratique sera de mesurer la distance séparant l'aplatissement de l'oesophage de l'arcade dentaire, distance qui doit, dans tous les cas être mesurée, constituant le repère le plus fidèle. Cette distance varie en moyenne entre 25 et 32 centimètres.

L'endoscopie sera utile, en cas de traitement radiothérapique pour contrôler l'évolution.

En conclusion, l'intérêt majeur de l'oesophagoscopie sera de permettre la biopsie, dont il ne faut cependant pas malgré l'utilité oublier les dangers qu'elle comporte. Il est un cas où cette biopsie se fera naturellement, sans examen endoscopique, il s'agit du cas rare, mais décrit par Curtis et Rusk en particulier et plusieurs fois rencontré, où le malade vomit des fragments sphacelés de tumeur, parfois très importants et qui permettent très bien l'examen histologique.

EVOLUTION - COMPLICATIONS

-:-

La durée totale de l'évolution est très variable, même en l'absence de tout traitement.

Dans certains cas, les premiers symptômes sont apparus un an avant que le malade ne consulte (2 ans même dans le cas de Dvorak). Stout cite le cas de son malade chez qui les premiers signes de la maladie étaient apparus près de 3 ans avant son entrée à l'Hôpital. Le patient de Menne et Bridge ressentait une légère dysphagie 6 ans avant que le diagnostic de sarcome ne soit porté. C'est dire qu'il existe des formes évoluant lentement, insidieusement, et dont les symptômes restent trop peu marqués pour inquiéter le malade.

Mais, dans la majorité des cas, c'est seulement 2 à 3 mois avant que le malade ne consulte que débutent les premiers symptômes. Parfois déjà les lésions sont trop avancées pour permettre une résection, c'est dire la rapidité d'évolution de certaines formes, et en particulier des formes infiltrantes.

L'évolution complète semble être comprise en moyenne et en dehors de tout traitement, entre 6 et 15 mois. Pour certains auteurs, elle serait plus rapide que celle du carcinome.

La mort survient soit par cachexie, soit par métastases, soit par complications infectieuses intercurrentes.

Les complications :

- Complications infectieuses :

Elles constituent le gros risque post-opératoire. Le traitement antibiotique les a considérablement réduites. Elles ne sont cependant pas disparues et se voient encore en dehors de toute intervention chirurgicale.

Ce sont avant tout des suppurations pleuro-pulmonaires, pneumonies, bronchopneumonies, pleurésies. Mais on peut voir aussi des infections médiastinales, médiastinite aiguë, (très rare), péricardites, péritonites même, de même on peut rencontrer des P.A.D. qui peuvent se compliquer d'embolies.

L'infection locale se combinant avec l'extension néoplasique et parfois le traitement par agents physiques peuvent entraîner des perforations, trachéales ou bronchiques, des fistules oesophago-bronchique ou oesophago-trachéale.

- Hémorragies et nécrose :

Les hémorragies peuvent apparaître au cours de l'évolution et peuvent alors la précipiter. Rares sont cependant les hémorragies cataclysmiques par ulcération d'un gros vaisseau.

La nécrose peut entraîner elle-même l'hémorragie. Toutes deux peuvent être provoquées par un traitement par agents physiques.

- Cachexie :

Elle ne constitue pas à proprement parler une complication mais plutôt l'aboutissement de l'évolution de la maladie, elle est entraînée

par l'amaigrissement, la dénutrition, l'état de choc chronique. Elle serait pour certains plus précoce que dans l'épithélioma.

Les métastases :

La présence de métastases est signalée dans 60 cas. 56 cas s'en sont révélés exempts. Le doute subsiste pour les 65 autres cas.

D'après ces chiffres, 55 % des sarcomes auraient des métastases.

Nous avons personnellement relevé les métastases suivantes :

- Ganglions lymphatiques médiastinaux	13 cas
- Ganglions lymphatiques sus-claviculaires	2 cas
- Ganglions lymphatiques cervicaux	3 cas
- Ganglions lymphatiques mésentériques	1 cas
- Nodules médiastinaux	13 cas
- Poumons, bronches	18 cas
- Plèvres	6 cas
- Péricarde	3 cas
- Trachée	3 cas
- Estomac	4 cas
- Intestin	3 cas
- Péritoine	4 cas
- Foie	12 cas
- Pancréas	4 cas
- Langue	2 cas
- Reins	2 cas
- Cerveau	2 cas
- Côtes	2 cas
- Vertèbres	1 cas
- Fémur	1 cas

Ce tableau montre que, dans l'ordre, les métastases les plus fréquentes sont :

- les ganglions lymphatiques,
- les poumons et les bronches,
- le foie.

-:-

PRONOSTIC

-:-

Le pronostic du sarcome de l'oesophage était jusqu'à ces dernières années, effroyable, et la mortalité, quel que soit le stade du diagnostic et du traitement, quelle que soit la thérapeutique pratiquée, était de 100 % dans les deux années suivant le diagnostic de la maladie.

L'amélioration des techniques de diagnostic, la mise au point parfaite de la technique opératoire et de la réanimation ont permis d'obtenir quelques résultats isolés, certes, mais néanmoins encourageants.

Pronostic après exérèse chirurgicale :

- après exérèse localisée :

L'exérèse localisée a été pratiquée dans 4 cas, dont le nôtre. Dans un cas le malade a survécu 6 mois, dans le nôtre 18 mois. Dans les deux derniers cas, la mort du malade n'est pas indiquée. Il faut signaler que ces interventions ont été pratiquées, comme dans notre cas en pensant que la tumeur était bénigne.

- après exérèse vraie :

36 malades, dans nos statistiques, ont subi une résection élargie avec anastomose gastro-oesophagienne, depuis le cas de Von Hacker en 1908.

Sur ces 38 cas, 22 malades étaient encore en

vie au moment où leur cas a été publié, et dans 10 cas cette survie avait alors dépassé 1 an. Elle atteint 4 ans et demi dans le cas de Kurz , 25 mois dans le cas d'Ovens, 3 ans et demi dans celui de Palanker, et dans 2 cas rapportés par Harrington, respectivement 8 ans et 4 ans.

L'évolution ultérieure de ces 22 cas est malheureusement ignorée, mais il est possible que certains de ceux-ci aient été définitivement guéris.

Les 16 autres cas sont décédés après l'intervention :

- 5 dans les jours qui suivirent
- 6 après plus de trois mois
- 5 après plus d'un an

Certains de ces cas ont toutefois une survie appréciable : 25 mois dans l'un d'entre eux, 16 mois dans un autre.

Pronostic après traitement par Rayons X :

- Généralement ce traitement est un traitement de désespoir, entrepris alors que le malade est inopérable. Tout au plus peut-il entraîner un certain degré de régression de la tumeur, mais l'évolution fatale ne peut être enrayée.

- Nous avons néanmoins isolé 5 cas dans lesquels le traitement par rayons X, n'a pas été entrepris de manière désespérée. Dans deux de ces cas la survie a atteint plus de 15 mois.

Il est à noter que dans l'immédiat les résultats du traitement par agents physiques sont souvent excellents, avec disparition des

signes cliniques, radiologiques et même endoscopiques, la tumeur fondant complètement, mais les récidives sont rapides comme dans le cas de Wild et Fruhling : le 21 juin 1949 disparition totale de la tumeur aussi bien radiologiquement qu'endoscopiquement. Le 28 juillet 1949, sténose tumorale complète.

Il faut toutefois apporter un correctif optimiste à cette statistique pronostique ; la rareté de la maladie nous oblige à colliger côte à côte :

- des cas anciens dont le pronostic était effroyable en raison des faibles moyens thérapeutiques et diagnostiques.

- des cas récents que les progrès dans ces deux domaines ont rendu moins désespérés.

Il semble donc que le pronostic des sarcomes se soit amélioré, tout comme celui des carcinomes de l'oesophage, la comparaison entre ces deux types de tumeurs ne permet pas de noter de grandes différences. Une survie relativement prolongée semble maintenant possible dans certains cas. Il faut cependant noter qu'à longue échéance, le pronostic reste décevant et il faudrait avoir un recul plus important pour pouvoir avec assurance dire que l'oesophagectomie ait dans quelques cas permis une guérison définitive.

DIAGNOSTIC

-:-

- Diagnostic positif :

Le diagnostic positif repose uniquement sur les données des résultats de l'examen histologique. C'est lui, et lui seul, qui permettra d'affirmer ou d'infirmer le diagnostic.

Il ne semble pas en effet possible de faire ce diagnostic uniquement par des méthodes cliniques ou radiologiques. L'examen endoscopique lui-même ne peut suffire à établir l'existence du sarcome.

C'est dire que souvent ce diagnostic ne sera fait qu'après un acte opératoire, après examen de la pièce anatomique, en effet devant une tumeur infiltrée, l'endoscopiste hésitera à pratiquer une biopsie, seul examen qui peut trancher le problème du diagnostic.

- Diagnostic différentiel :

- Le Carcinome de l'oesophage :

C'est le diagnostic le plus souvent évoqué, tant les signes du sarcome et du carcinome sont identiques.

Certains ont voulu néanmoins trouver une différence dans les signes cliniques des deux maladies. Certes, il semble que la douleur soit plus fréquente dans les sarcomes, mais ceci n'est pas général. On a également dit qu'une atteinte de l'état général marquée avec ama-

grissement important et perte de l'appétit, contrastant avec une dysphagie minime ou inexistante, devait faire penser au sarcome. Cela paraît toutefois illusoire.

- Les tumeurs bénignes :

Si l'erreur qui consiste à prendre un sarcome pour un carcinome n'est pas très grave, puisque les indications thérapeutiques sont à peu près identiques, nous avons vu combien l'erreur que l'on commet avec les tumeurs bénignes était beaucoup plus lourde de conséquence : c'est ce qui s'est produit dans notre cas, et qui a amené le chirurgien à ne pratiquer qu'une exérèse limitée.

Les formes polypeuses prêtent en effet à cette erreur : l'image radiologique est souvent identique : mêmes contours nets, même ombre homogène. Il ne semble pas qu'il existe, quoiqu'en aient dit certains, une image radiologique propre à ces carcinomes, même si parfois un léger flou, une légère irrégularité peuvent évoquer la possibilité du caractère malin de la tumeur .

Ces tumeurs bénignes peuvent être :

- les leiomyomes, développés aux dépens de la tunique musculaire lisse, Tumeurs de forme polypeuse, pédiculées, donnant une image radiologique comparable à celle des sarcomes polypeux. La symptomatologie est cependant généralement plus fruste.

Rappelons que le diagnostic de leiomyome était celui posé dans notre observation avant l'intervention.

- les polypes, les angiomes, les neurinomes.

- Les tumeurs du médiastin postérieur :

Ce diagnostic se pose surtout dans les formes à développement extra-oesophagien.

Dans notre observation, il avait été également envisagé au début.

Ici, l'examen radiologique, et principalement les tomographies, seront d'un précieux secours quand elles montreront que la tumeur est adhérente à l'oesophage sous toutes les incidences.

On devra éliminer :

- Les tumeurs d'origine nerveuse :
 - Neurinomes encapsulés ou diffus.
- Les tumeurs d'origine sympathique :
 - ganglioneurinomes ou sympathoblastomes.
- Les tumeurs dérivées des tissus paragan-glionnaires ou chromocytomes.

Dans toutes ces tumeurs, le signe capital est la douleur, en rapport avec le siège à irradiations également sujettes à ce dernier. Les autres signes sont exceptionnels, et en particulier la dysphagie. C'est dire si la relative fréquence du signe douleur dans les sarcomes peut parfois faire envisager ce diagnostic, que les radiographies permettront d'éliminer.

- Les dysembryomes thoraciques :

- Les kystes dermoïdes :

Ils restent la plupart du temps latents, mais parfois ils se manifestent par des douleurs, ce qui peut encore ici prêter à confusion. Leur diagnostic est fait à la radio : Il est certain quand on y peut voir des ébauches osseuses ou dermiques intratumorales.

- Les dysembryomes homoblastiques :

Ils ne déterminent que rarement des troubles qui puissent faire penser à une tumeur oesophagienne.

- Les tumeurs malignes du médiastin :

Lymphosarcomes et plus rarement épithéliomas.
Tumeurs médiastinales de la maladie de Hodgkin.

Ici, la symptomatologie est plus riche : douleur, mais aussi syndrome médiastinal. La radiographie montre une tumeur importante, irrégulière, envahissante.

- Les adénopathies trachéo-bronchiques.

- Les anévrysmes de l'aorte :

Ce diagnostic s'était posé au début dans notre cas. Mais on sait que la présence de réactions sérologiques négatives permet d'éliminer ce diagnostic.

Citons encore des erreurs exceptionnelles citées dans la littérature :

- Les abcès de l'oesophage (Killian).

- La diphtérie (dans une forme comportant un enduit sphacélique : Von Hacken).

- Les corps étrangers de l'oesophage (Hoffman).

- Les spasmes oesophagiens.

Enfin, nous mettrons à part les sarcomes secondaires de l'oesophage, métastases d'une tumeur primitive passée inaperçue.

TRAITEMENT

-:-

Il est calqué dans son principe et ses modalités sur celui du carcinome.

Aussi devons-nous envisager successivement :

- le traitement médical,
- le traitement chirurgical,
- le traitement radiothérapique,

pour essayer dans un chapitre d'ensemble de codifier les indications thérapeutiques.

Le traitement médical :

- Ses buts :

Le traitement médical n'a évidemment pas de visée curatrice (la chimiothérapie anticancéreuse n'a pas fait ses preuves).

Il peut être palliatif et son ambition est alors d'éviter au malade l'effroyable infirmité de la gastrostomie.

Il peut être enfin préparatoire à un acte à visée curative: la majorité des malades qui arrivent au thérapeute sont déjà amaigris, déshydratés par la restriction alimentaire qu'impose la dysphagie ; ces malades en état de choc chronique, incapables de résister à un acte opératoire majeur, il faut les rééquilibrer.

-- Ses moyens :

Ils se groupent en 3 vocables :

- la diététique,
- la perfusion,
- l'agent médicamenteux.

- La diététique :

C'est le régime de 4.000 calories parfaitement mis au point au Centre Gustave Roussy de Villejuif et présenté à l'Académie de Chirurgie par Denois. C'est un traitement complexe qui associe à une diététique parfaitement équilibrée au point de vue calorique et métabolique, un ensemble médicamenteux dont l'éventail s'étale entre, d'une part, des antispasmodiques et anti-infectieux destinés à lutter contre la dysphagie (toujours aggravée par le spasme et l'infection) et, d'autre part, des catalyseurs métaboliques comme le Stérandryl.

C'est un traitement habituellement bien toléré et qui n'a aucun des inconvénients du terme suivant de ce traitement médical, la perfusion.

- La perfusion :

Elle n'a rien de spécial en la matière.

Perfusion d'eau (sérum glucosé)
d'électrolytes,
de protides (solution de protides
et de plasma),
de sang.

Tout ceci guidé par les examens de routine : formule sanguine, Delta cryoscopique, dosage des protides.

On sait les inconvénients de ces perfusions

répétées, l'intérêt de ne leur demander qu'un appoint au régime diététique.

. - L'agent médicamenteux :

mis en dehors l'appoint à la diététique, il ne mérite qu'une mention. Il consiste en oxyferriscorbone et en cortancyl.

- Ses résultats :

On ne trouve aucune mention de cet appoint thérapeutique dans la littérature. La malade de notre observation est arrivée au chirurgien en bon état général, en parfait équilibre biologique, et humoral, et ne pouvait tirer un bénéfice réel d'une telle thérapeutique.

Il faut donc juger de ce traitement médical par analogie avec le carcinôme ; il faut bien avouer que, là, les résultats sont spectaculaires. A l'Hôpital de Bayeux, où nous avons été interne, comme à l'Hôpital de Caen, ce traitement est systématiquement mis en oeuvre avant toute oesophagectomie. La moyenne des dysphagiques qui y sont soumis grossit de 10 kg en 20 jours. Autre avantage : la mise au repos qu'il nécessite risque d'être bénéfique en regard du problème de la poussée cancéreuse évolutive ; le malade ne vient consulter que pour des troubles qui s'aggravent donc, probablement en poussée. Mieux vaut ne pas l'opérer à ce moment.

Le traitement chirurgical :

Il peut être palliatif ou curatif.

- Le traitement chirurgical palliatif :

- Ses buts et ses moyens :

C'est alors l'une des 3 techniques proposées en matière de carcinomes :

- la gastrostomie,
- l'anastomose oeso-gastrique au-dessus du rétrécissement,
- l'intubation trans-néoplasique par tube de Soutton ou l'un de ses dérivés.

Le but recherché est le même dans tous les cas : permettre au malade de s'alimenter, lutter contre la déshydratation, le choc chronique, la cachexie.

- Ses résultats :

En dehors de la banale gastrostomie faite de principe et sans certitude diagnostique, nous n'avons pas trouvé d'exemple de ces actes palliatifs dans la littérature du sarcome de l'oesophage.

Disons notre préférence pour le simple traitement médical qui, ainsi que l'a écrit Denois à propos du carcinome, rend la gastrostomie presque toujours inutile. Disons aussi notre hantise du tube de Soutton en regard d'une lésion sarcomateuse qui risque hautement de se compliquer, de se sphacéler ou d'être atteinte de nécrobiose aseptique.

Une seule note plus positive consiste en l'adjonction des agents physiques et de l'intubation.

- Le traitement chirurgical curatif :

- Ses buts et ses moyens :

Le but est ambitieux : c'est la suppression du cancer.

Il est des exérèses limitées : énucléation ou résection simple de la tumeur, interventions limitées qui sont celles que l'on oppose aux tumeurs bénignes ; c'est d'ailleurs par erreur d'interprétation macroscopique, et croyant avoir affaire à une tumeur bénigne que l'opérateur s'est cru autorisé à un geste limité ; ainsi en a-t-il été dans notre cas ; le diagnostic de leiomyome paraissait tellement évident qu'une oesophagectomie semblait alors hors de propos ; l'exérèse simple de la tumeur oblige à supprimer une collerette muco-musculaire ; la dilatation de l'oesophage rendit aisée la suture en deux plans des parois de l'organe.

Il est enfin des exérèses vraies : oesophagectomies segmentaires respectant les règles carcinologiques et similaires dans leur technique, quelle qu'en soit l'indication. C'est Von Hacker qui, le premier, au début du siècle, réalisa une oesophagectomie pour sarcome de l'oesophage.

Il convient d'opposer :

- les exérèses du tiers inférieur de l'oesophage, réalisées plus souvent par thoracotomie gauche que par incisions combinées (laparotomie et thoracotomie droite), se terminant par anastomose oeso-gastrique ou par anastomose oeso-iléale.

- les exérèses du tiers moyen. Toujours plus dangereuses par les risques de décroisement,

par ceux des voies combinées, par la fréquence des adhérences dangereuses dans un carrefour vasculaire et aérique.

- les exérèses du tiers supérieur, avec les nécessités et les risques de l'anastomose au cou.

- Ses résultats :

Nous en reparlerons plus longuement dans le chapitre évolution.

Les résultats des opérations limitées sont bien entendu mauvais : une survie de 6 mois dans le cas de Driessens, de 21 jours dans celui de Thompson.

Notre cas n'a pas échappé à la règle commune : si pendant quelques mois la malade parut guérie, une récurrence survint qui l'emporta 18 mois après l'intervention, ce qui paraît d'ailleurs un record.

Les résultats des oesophagectomies sont difficiles à nuancer ; en dehors des risques opératoires qui ne sont pas négligeables (15 à 20 % de mortalité), les survies prolongées restent exceptionnelles. Citons toutefois les deux cas de Harrington : les malades étaient encore en vie, sans signes de récurrence, l'un 4 ans et demi et l'autre 8 ans après l'intervention.

Le Traitement par agents physiques :

- Ses buts et ses moyens :

Il a le même but que l'oesophagectomie, c'est-à-dire la suppression du cancer. Beaucoup de sarcomes ayant la réputation d'être radio-sensibles.

Ses moyens sont divers.

- La curiethérapie est actuellement abandonnée en raison de ses grosses difficultés, en particulier pour apprécier exactement la hauteur du défilé cancéreux et pour adapter la sonde porte-radium à ses dimensions.

- La Radiumthérapie profonde garde ses adeptes en raison du caractère radiosensible de la majorité des sarcomes (les mélanomes ne sont pas sensibles).

On utilise 2,3,4 foyers de 10 mg de Radium élément de 3 cm de longueur filtré par 1 mm de Platine au moins. Applications continues de 12 heures répétées après 2 à 3 jours (Total de 48 à 95 heures).

Ce traitement comporte un risque d'hémorragies, de fistules et de perforation par destruction des tissus sains qui peuvent se nécroser.

- La Radiothérapie.

Elle est plus employée.

On distingue :

- La Radiothérapie à 200 KV où la distance anticathode-peau est de 1 mètre, l'irradiation se fait sur 4 champs assez larges de 20 à 25 cm de côté, donnant 6.000 à 7.000 r avec 2.000 r à la peau.

- La Radiothérapie à survoltage (400 KV à 50 MV) permettant d'augmenter la dose profonde avec une absorption moindre de la peau.

- La cyclothérapie : le malade est placé sur une plate-forme qui tourne sur elle-même à la vitesse d'un tour minute par exemple.

La source de R.X. est fixe, réalisant un faisceau haut de 10 à 12 cm. Elle est située à 2 m de la peau et dirigée sur la tumeur. On fait des séances de 150 r par jour jusqu'à 4.500 à 6.000 r par série.

- La bombe au Cobalt. Elle présente les mêmes avantages que les Rayons X, avec en moins, certains risques d'irradiation.

- Ses résultats :

Ils sont difficiles à nuancer, et il faut distinguer :

- La radiothérapie de désespoir, appliquée à des tumeurs manifestement inopérables.

- La radiothérapie de principe, mais nous n'avons pas trouvé dans la littérature de statistiques valables en matière de sarcome de l'oesophage.

- La radiothérapie de complément, associée à l'acte chirurgical, méthode dont on peut dire que seul le principe est séduisant.

Indications thérapeutiques :

Il est certainement vain et prétentieux d'oser nuancer les indications thérapeutiques sur une statistique aussi minime et sur un nombre aussi limité de cas récents.

Néanmoins, il semble bien que, dans l'état actuel de nos connaissances, on puisse proposer à titre de schéma thérapeutique, deux cadres distincts.

- Les sarcomes du tiers inférieur, ou en tout cas, n'atteignant pas la région de la crosse.

L'oesophagectomie reste ici le traitement de choix, d'autant plus justifié qu'en général,

il n'y a pas d'envahissement périphérique, celui-ci semblant l'apanage des formes infiltrantes.

Deux correctifs à cette pétition de principe :

- Le premier est particulier au sarcome : la difficulté du repérage de la lésion qui, endocavitaire, n'est souvent palpée qu'après un examen minutieux, qui, exocavitaire, peut en imposer pour un banal leiomyome.

- le deuxième est général à toutes les oesophagectomies :

L'oesophagectomie est une opération majeure qui nécessite des précautions, à savoir :

- Une minutieuse préparation qui tendra à rééquilibrer le malade (et la diététique trouve ici sa place),

- Un minutieux bilan général, y compris un électrocardiogramme (indispensable avant toute thoracotomie).

- Une anesthésie parfaite avec surveillance attentive de la dynamique cardio-respiratoire.

- Une réanimation judicieuse en se rappelant le danger des hyperhydratations chez les thoracotomisés.

- Et enfin, une technique chirurgicale parfaite, indispensable pour que la mortalité ne soit pas prohibitive.

- Les sarcomes du tiers supérieur et du tiers moyen :

Ici, comme en matière de carcinome, les difficultés opératoires, la mortalité élevée, doivent rendre très prudente une indication chirurgicale éventuelle. Mieux vaut, certainement, recourir aux agents physiques que l'on aurait peut-être intérêt à jumeler à la chirurgie dans les sarcomes du tiers inférieur, également.

--

Auteurs	Date	Sexe	Age	Forme histol.	signe essentiel	Siège	Forme macroscop.	Présence de métastases	Traitement	Durée de l'évolution
1. CHAPMAN	77	M	45	Fib. S.	dysphagie douleur	1/2 sup.	nodul.	Metast.	non traité	
2. DUBREUIL	85	M	49	Sarc.	dysphagie	1/2 sup.	nodul. ulcéré	OUI	non traité	
3. TARGET	89	M	70	Fib. S.	dysphagie douleur	1/2 inf.	polyp.	NON	non traité	
4. STEPHAN	90	M	4	Lymph. S.	dysphagie	1/2 inf.	polyp.	NON	non traité	
5. SHAW	91	F	38	Fib. S.	dysphagie	1/2 sup.	annul. ulcéré	OUI	non traité	
6. ROLLESTON	92	M	54	Fib. S.	dysphagie	milieu	annul. infilt. ulcéré	OUI	non traité	
7. KUNDRAT	93	F	56	Lymph. S.	"	milieu	infilt. ulcéré	OUI	non traité	
8. WOLFENS-BERGER	94	M	75	Rhab. S.	dysphagie douleur	1/3 inf.	polyp.	OUI	non traité	

9 VON NOTT- HAFT	95	M	24	Fib.S.	dysphagie	½ inf.	infiltr.	NON	non traité
10 ALBRECHT	95	F	64	Fib. S.	"	O.Cerv.	polyp.	"	non traité
11 PAGET	95	F	64	Fib.S.	"	O.Cerv.	polyp	"	non traité
12 OGLE	96	M	50	Fib.S.	dysphagie	milieu	polyp.	OUI	gastrosto- mie mort rapide
13 ROTSKCHY	97	M	45	Fib.S.	"	milieu	ulcéré	NON	non traité
14 BROOKS- BANKS	98	"		Fib.S.	"	1/3inf	infiltr.	OUI	non traité
15 JAMES	98			Fib.S.	dysphagie	½ inf.	annul.	OUI	non traité
16 LIVINGOOD	98	M	55	Fib.S.	dysphagie douleur	½ inf.	polyp.	OUI	non traité
17 GASTPAR	00	M	54	Fib.S.	dysphagie douleur	½ inf.	annul. ulcéré	NON	non traité
18 STARCK	00	F	64	Fib.S.	dysphagie douleur	½ inf.	nodul. ulcéré	OUI	non traité
19 STARCK	00	M	41	Fib.S.	dysphagie douleur	½ inf.	annul. diffus	OUI	non traité
20 REUTER	00	M	42	Fib.S.	"	½ inf.	polyp.	"	non traité
21 CHIBA	00	M	55	Sarc.	dysphagie hématémèse	½ sup.	annul.	OUI	non traité

22	HUISMAN	QI	M	58	Fib.S.				milieu	infiltr.	OUI	non traité
23	SCHAGEN-HAUFER	OI	F	71	Sarc.						OUI	non traité
24	"	OI	M	60	Lymp.S.				milieu	ulcéré	OUI	non traité
25	KRAUS	O2			Sarc.				1/3inf.			
26	GLINSKI	O2	M	68	RhabS.			dysphagie douleur	1/2 inf.	polyp.	NON	non traité
27	VON EICKEN	O2	M	39	Fib.S.			dysphagie douleur	1/2 inf.	diffus ulcéré	NON	gastrostomie mort rapide
28	HOWARD	O2	M	51	LeioS.			dysphagie	1/3inf.	annul. infiltr. ulcéré	NON	non traité
29	FRATTIN	O3	?	?	Sarc.			dysphagie	1/2 sup.	nodul.	NON	gastrostomie mort rapide
30	FRATTIN	O3	?	?	Lympend thel.S.			dysphagie	en di- vert.	diffus	NON	
31	PEREZ	O3	M	22	Fib.S.			douleur dysphagie	1/3inf. extraoes.	ulcéré	NON	gastrostomie 1 an 18mois
32	FRATTIN	O3	M	69	Melan.S.							
33	LANGE	O4	F	64	Fib.S.			dysphagie	1/2 inf.	polyp.	NON	

34	WEGENER	04	M	32	Fib.S.	dysphagie douleur	milieu 1/3inf.	polyp.		
35	BAUR	05	M	69	MelanS.	dysphagie douleur	1/2 sup.	nodul.	OUI	
36	FRANGEN- HEIM	06	F	63	Fib.S	dysphagie	1/2 inf.	polyp.	OUI	
37	JOLIAT	07	M	62	MelanS.		milieu 1/3inf.	nodul. diffus	OUI	
38	BUTLIN	07								
39	DONATH	08	M	58	Fib.S.	dysphagie	1/2 inf.	diffus	OUI	
40	DONATH	08	M	52	Endot.S.		1/2 inf.	polyp.	OUI	
41	ORTH	08			Leio.S.					
42	VON HACKER	08	M	70	Leio.S.	dysphagie	1/3inf.	polyp.	NON	
43	VON HACKER	08	F	40	Sarc.	dysphagie douleur	1/2 sup.	polyp.	OUI	Réséction 3 mois
44	BORRMANN	08	M	48	Fib.S.	dysphagie	milieu 1/2 inf.	polyp.	NON	
45	HERXEIMER	08	M	67	Fib.S.	dysphagie douleur	1/2 inf.	annul infiltr. ulcéré	NON	
46	RIEKE	09	M	46	Fib.S.	douleur	1/2 sup.	nodule ulcéré diffus	OUI	non traité mort par pneumonie

61	HOFFMANN	20	M	61	Mel-S.	dysphagie douleur	½ inf.	polyp.	NON	non traité
62	LANG	21	M	67	C-S.		milieu	polyp.	OUI	non traité
63	LANG	21	M	52	C-S.		milieu	polyp.	NON	non traité
64	SMITH	22	M	30	Fib.S.	dysphagie	½ inf.	polyp.	NON	non traité radium
total: 11 mois après radium: 5 mois										
65	JACKSON	23			Sarc.			veget.		
66	SOMMER	23	M	65	C-S.			polyp.		
67	ROSSELET	23	M	46	ostéo- sarc.	dysphagie vomiss.	2 cm au dessus cardia	polyp.	OUI	non traité 8 mois
68	ORTON	24	M	47	sarc.	douleur	milieu	veget.		20 mois
69	JACKSON	25	M	6	fibs.	dysphagie	milieu	extraO.		
70	JACKSON	25	?	32	lymps.					
71	HEILMANN	23	M	65	C-S.		½ inf.	polyp.	NON	non traité
72	VON HACKER	26			Fib.S.					
73	MOERSH	26	M	59	Mel.S.	douleur dysphagie	1/3 inf.	ulcéré	NON	non traité 6 mois

74	SCHWARZ	26	M	I 6	Fib.S.					OUI			
75	FISHER	26	?	?	Mel.S.					OUI			
76	GUISEZ	27	M	54	S.IND.			douleur	1/3 inf. végét.				
77	DVORAK	27	F	27	Rhabdo. sarc.			douleur amaigriss.	1/3 sup. végét.	NON	Radiothér.	2 ans ½ 5 mois après R.X.	
78	SCARFF	27	M	50	Fib.S.			dysphagie	milieu	NON	Radiumther.	I an après Rad. 9 mois	
79	MATSUOKA	28			sarc.								
80	VOSS	28	M	59	Mel.S.			douleur dysphagie	1/3 inf. polyp.	OUI			9 mois ½
81	HEILMANN	28											
82	CILOTTI	28	M	75	C.S.				½ inf.	OUI			
83	MONTPEL- LIER FAC.	29			Rhabdo sarc.				polyp.				
84	KUTSUKATE	29	M	51	C-S.				polyp.				
85	KAHLSTORF	30	M	40	C-S				polyp.	OUI	non traité		
86	C. RICCI	31			C-S				infiltr.	OUI			
87	MARTIN	32	F	44	Lymps.			vomisseme. dysphagie	milieu				
								cerv.			Radiumther.	3 ans	

88	RESCH	32	M	74	C-S.			milieu	polyp.	NON		
89	BOSENBERG	32	M	56	C-S				infiltr.	NON		
90	WALDAPFEL	32	F	76	sarc.							
91	PALUGYAY	32	M	55	Neuro. sarc.							
92	JALESKI	33	M	69	Mel. S.		douleur	1/3 inf.	infiltr.	OUI	Radiother.	3 mois 1 mois ½
93	BRODENS	33	F	76	Endot. sarc.			1/3 inf	infiltr.			
94	BLACKBURN	34	F	53	C-S.		dysphagie	O.cerv.	infiltr.	?	résection	2 mois 8 jours
95	KOWALZYKOWA	34	?	?	Mel. Sarc.							
96	SYREK	35	?	?	Sarc.							
97	JACKSON	35			Lymph. sarc.							
98	JACKSON	35			Fibro. sarc.							
99	MENNE & BRIDGE	36	M	38	Leio sarc.		dysphagie amaigris.	1/3 sup.	Polyp. ulcéré	NON	Radium	6 ans 1 an ½

100 HARVEY & HAMILTON	35	M	49	C-S.	dysphagie douleur	O.Cerv.	polyp.	?		
101 TRACY & MALLORY	35	M	58	Leio sarc.	douleur amaigris.	1/3 inf.	ulcéré	OUI	non	3 ans
102 ARSLAN	37			Fibro. sarc.	dysphagie					
103 FINGER	38	M	63	C-S.						
104 EDLING	38	M	70	Ret. sarc.	néant	1/3 inf.	polyp.			
105 FRENCH & GARLAND	39	M	70	Leio- sarc.	dysphagie douleur	1/3 inf.	polyp.		non opéré	6 mois
106 PENNES	41	M	53	Leio- sarc.	douleur dysphagie	1/3 moy.	polyp.		non opéré	
107 BAYER	41	M	70	sarc. indif.		1/3 sup.	végét.	NON	Radiother.	Survie 15 mois
108 PASCUAL	42	M	59	sarc. indif.		1/3 sup.	végét.	NON		
109 MOSTO	42			sarc. indif.						
110 PRATTA	42	M	62	Fibro. sarc.			végét.			

111	JOHNSTON	42	M	64	Leio sarc.	milieu	Ulcéré	NON	non traité	2 ans
112	MILLAR BELL	42	F	64	Fibro. sarc.	douleur dysphagie	1/3. moy	polyp.	Radiother.	2 ans ½ 1 an ½ <u>survie</u>
113	HARRINGTON	45	F	60	Leio- sarc.	douleur dysphagie	T. inf.	polyp.	non	1 mois
114	STOUT	45	F	46	Rhab- sarc.	dysphagie douleur amaigr.	T. inf.	polyp.	résection	3 ans 2 ans Im.
115	WONS & GARLOCK	46	F	58	Leio- sarc.	dysphagie douleur	milieu	polyp.	réséqué	5 ans 4 ans <u>survie</u>
116	FALL	46	F	54	Fibro. sarc.	dysphagie	O. cerv.	polyp.	non traité	
117	CLARK	47	M	43	Fibro. sarc.	dysphagie	milieu	polyp.	résection	20 mois 1 an <u>survie</u>
118	WILD	47	M	59	Ret. sarc.	douleur dysphagie	milieu	végét.		6 mois 11 mois
119	LORTAT- JACOB	47	M	67	Ostéo- sarc.	dysphagie	milieu	polyp.	résection	11 mois 9 mois
120	ENDE	47	M	61	C-S.	dysphagie	milieu	nodul.		1 an 1 mois

121	PALANKER	47	F	59	Angio-sarc.	dysphagie	O.cerv.	infiltr.	NON	résection	2 mois 3 ans 2 m <u>survie</u>
122	BOZZI	47			Esarc.			polyp.			
123	COTTET	48	M	68	F.Sarc.	douleur amaigris.		polyp.	OUI	non	
124	RESANO	48	M	56	F.Sar.	dysphagie brûlure	T.sup.	polyp.	NON	résection	15 mois 3 mois <u>survie</u>
125	LORTAT - JACOB	48	M	53	F.Sar.	dysphagie	T.inf.	polyp.	NON	résection	12 mois 15 jours
126	THOMPSON	48	M	57	Leio-sarc.		cardia		NON	excision locale	21 jours après <u>survie</u>
127	BORDONE	48			F.Sarc.	dysphagie					
128	THOREK	48	M	43	Rhab-sarc.	dysphagie douleur	milieu	polyp.	NON	résection	15 mois 1 an <u>survie</u>
129	HARRING- TON	49	F	60	Leios.	dysphagie	T.sup.		NON	non	
130	TEXAS UN.	49	F	56	Leios.		cardia	polyp.			

	NOM	Sexe	Age	M	F	Mel S.	dysphagie	T.inf.	NON	resection	Survie
131 PUYO			48	M	63	Mel S.	dysphagie	T.inf.			0 mois
132 LEGLER			49			Mel.S.					<u>survie</u>
133 HARRINGTON			49	F	60	Leios.	dysphagie	T.inf.	OUI	non	1 mois
134 WILD			49	M	61	Rétic. sarc.	dysphagie douleur	½ inf.	OUI	gastrostomie Radiothér.	5 à 6 mois
135 MICHAUD			49	M	75	Leio-sarc.	dysphagie douleur	½ inf.	NON	Réséqué	11 mois
136 NEIL			50	M	54	Leio-sarc.	dysphagie	O.cerv.	NON	non traité	9 mois
137 WARFIELD			50			C-S.					6 mois
138 KEELEY			50	F	62	Melano. sarc.	dysphagie	milieu	OUI	Réséqué	19 mois
139 BREA			50	M	65	Fibro-sarc.		T.inf.	NON	Enucléation	7 mois <u>Survie</u>
140 CARCO			50			Fibro-sarc.					
141 PIAGGIO BIANCO			50	F	60	Fibro-sarc.	dysphagie douleur	T.inf.	OUI	Non traité	1 an

142	MICHAUD	50	M	50	Leio- sarc.	dysphagie	T.inf.	polyp.	NON	Réséqué	2 mois Survie
143	OVENS	51	F	56	Leio- sarc.	dysphagie	Cardia	polyp.	NON	Réséqué	8 mois 25 mois survie
144	GARFINKLE	51	F	55	Mélano. sarc.	douleur dysphagie	T.sup.	polyp.	OUI	Réséqué	5 mois ½ 18 jours
145	CHALMAGNE	51	F	68	Mélano. sarc.	dysphagie	milieu	nodul.	OUI	Réséqué	survie
146	RESANO	51	F	66	FibroS.	sialorrhée	Milieu	végétant	NON	Radium	mort au 5ème mois
147	AYAS	51	M	30	Retic. sarc.	dysphagie	milieu	extra-oe. nodul.	NON	Réséqué	?
148	ABRIKO- SOFF	51	?	?	Rhabdo- sarc.						
149	RESANO	51	M	50	Leios.	dysphagie	O cerv.	végét.	OUI	Réséqué	3 mois après sur- vie
150	BURNETT	51	F	55	Melan. sarc.	douleur amaigris.	milieu	polyp.	???	Réséqué	16 mois- 10 mois
151	BENEDICT	51	M	68	Fibro- sarc.	dysphagie	T.sup.	végét.	OUI	Radium	

152	BENEDICT	51	M	61	Leios.		T.inf.	ulcéré	OUI		
153	BENEDICT	51	F	78	Rhabdo. sarc.		milieu	polyp.	NON		
154	MAURO ESCOBAR	51	M	62	Fibros.			polyp.	NON		
155	KURZ	52	F	49	Leios.		T.inf.		NON	Réséqué	4 ans ½ survie.
156	MAINIERO	52	M	42	Rhabdos.	dysphagie		infiltr. ulcéré	OUI		6 mois 18 mois
157	BULLOCK	52	M	71	Mélanos.	dysphagie douleur	milieu	nodul.	NON	Réséqué	7 mois 4 mois survie
158	FOWLER	52	F	60	Mélanos.	douleur dysphagie	milieu	nodul.		Réséqué	3 jours
159	SMITH	52	F	53	C-S.	Dysphagie amaigris.	milieu	polyp.	NON	Réséqué	3 mois 27 mois survie
160	THOMPSON	53	M	61	C-S.	dysphagie	O.cerv.	polyp.	NON	non traité té	1 an
161	CITTERIO	53	M	67	Mélanos.		T.inf.			réséqué	3 mois 15 mois

162	BADOSA	53		Leios.	dysphagie douleur	milieu	polyp	???	réséqué	I an survie
163	RUDLER	53		Leios.					réséqué	
164	POMERANZ	53	F	Mélanos						
165	BOYD	54	M	63	Mélanos.					
166	MENCA- RELLI	?			Lymphos	T.inf.	Infilt.			
167	GREGG	54	M	75	Fibros.	Douleur				
168	KING	54	M	65	Leios.	dysphagie	T.moy.	ulcéré		
169	ROBERTSON	54	M	58	Mélanos.		T.inf.	polyp.	non trai- té	6 mois 10 mois 3 mois survie
170	LORING	54	F	61	Mélanos.	dysphagie douleur	T.sup.	polyp.		
171	LIPSCHULTZ	54	M	32	Leios.	douleur	O.cerv.	ulcéré		
171	FILIPPI	54			Fibro- sarc.	douleur			non traité	10 mois survie 13 jours

172 DEMUTH	55	M	54	Rhabdos.	dysphagie amaigris.	T.inf.	polyp.	NON.	réséqué	3 semaines survie
173 JURSAT	55	M	40	Melanos.		T.inf.		NON		2 ans
174 CREECH	55			Leios.			polyp.		réséqué	survie
175 DRIESSENS	55			C-S.	dysphagie amaigris.	T.inf.	polyp.	OUI	excision	6 mois
176 SCHEIDE- GGER	55	M	57	Fibro- Myxo sa.						
177 KUNUWA	56			Leios.						
178 HROMADOVA	56			Melanos.						
179 DEDER - WAERER	57									
180 POPPENS	57			C-s.						
181 BEZARD	57	F	60	Fibros.	dysphagie	T.inf.		NON	excision	18 mois 15 mois

Remarques et légende :

La date de chaque cas est, de préférence, celle à laquelle la maladie a été diagnostiquée. Nous avons dû, dans certains cas nous contenter de la date de la publication du cas.

L'âge du malade est celui du début de la maladie.

Dans la rubrique traitement, nous passons sous silence les traitements symptomatiques y compris la gastrostomie.

Dans la rubrique évolution, le premier chiffre est celui de la durée totale de l'évolution de l'apparition des premiers symptômes à la mort ou à la date de publication de l'observation. Le deuxième chiffre est celui de la durée de cette évolution à partir de la date du traitement.

Légende :

M = homme	F = femme			
Fib.S = Fibrosarcome	Sarc = Sarcome	Mel.S. = Mélanosarcome		
Ret.S = Réticulosarcome	C-S. = Carcino-sarcome	Lymp.S = Lymphosarcome		
Leio.S. = Leiomyosarcome	Rhab .S. = Rhabdomyosarcome	Endot.S.= Endothéliosarcome		
Polyp. = polypeux	Nodul.= nodulaire	Annul. = Annulaire	Infilt = Infiltré	
Veget.= Végétant				
O.Cerv = Oesophage cervical	T. sup. O. thoracique	tiers supérieur		
	T.Moy.	tiers moyen		
	T.Inf.	tiers inférieur.		

CONCLUSIONS

-:-

A propos d'une observation personnelle, nous avons essayé de faire une revue générale des sarcomes primitifs de l'oesophage.

De cette étude, on peut tirer quelques conclusions :

Le sarcome primitif de l'oesophage est une maladie rare, ne représentant qu'un pour cent environ des tumeurs malignes primitives de l'oesophage.

Cette affection atteint l'homme dans plus des deux tiers des cas (proportion toutefois inférieure à celle de l'épithélioma), et principalement entre 50 et 70 ans.

Sur le plan clinique, la dysphagie est, comme pour l'épithélioma, le signe majeur. Il semble, cependant, que la douleur soit plus fréquemment rencontrée. Mais cette différence est loin d'être admise par tous.

Sur le plan anatomique, le sarcome siège avant tout dans la partie inférieure de l'oesophage thoracique.

La forme la plus souvent rencontrée est la forme polypeuse, et le type histologique, tout en pouvant être très variable, est dans un assez grand nombre de cas le fibrosarcome.

Sur le plan thérapeutique, le traitement chirurgical consistant en une exérèse élargie, quand elle est possible, est le traitement de choix.

Dans certains cas, le traitement par agents physiques pourra se discuter, soit comme traitement principal, soit comme traitement d'appoint.

Il n'en reste pas moins que, tout comme pour l'épithélioma, le pronostic de cette tumeur reste effroyable, et, que si quelques cas de guérison sont possibles, aucun n'a pu être établi avec certitude de façon définitive.

--:-

Vu :
Le Président :
signé : J. SENEQUE

Vu :
Le Doyen :
signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

--

- 1 - AERGENTER et PEALE
Kaposi Sarcoma.
Archives of Pathology 1942 Tome 34 p.413
- 2 - ARSLAN
Sul sarcoma primit. del oesophago
Arch.Ital.Mal.Trachea. 1937 5 226
- 3 - AUBIN (J.)
Le cancer de l'oesophage
Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Tome
D'Oto-Rhino-Laryngologie
- 4 - AYAS (E.)
Tumeurs bénignes et malignes peu fré-
quentes de l'oesophage
Prensa Medica Argentina 23-I-1953 40 N° 4
p. 196-202 13 Fig.
- 5 - BADARO
Mémoire sur les sarcomes primitifs de
l'oesophage
Mémoire d'assistant étranger Fac.Méd.de
Paris 1950 Vol. 47 N° 2
- 6 - BADOSA, GASPARD et BOADO
Revista espanola de las enfermedades
del aparato digestivo y de la nutricion
1953/I2/2 173
- 7 - BAUR
Ein Fall von prim.Melanoma des Oesophagus
Arb.ad.path.Inst.Tubingen 5 343-353

- 8 - BAYER
Sarcoma free of symptoms 15 months after
cure by R.X.
Monatsschrift für Krebsbekämpfung 1941 9
86
- 9 - BELL (D.M.)
Sarcoma of oesophagus
Thorax mars 1955 1052-53
- 10 - BERARD et SARGNON
Le cancer de l'oesophage
Bibliothèque du Cancer Paris 1926
- 11 - BERTHOLLET
Sarcome de l'oesophage
Archives de médecine expérimentale 1911
23 135
- 12 - BLACKBURN
An unusual oesophagus neoplasm
St Bartholemew's Hospital Report 1934
p. 138 - American Journal Cancer 1935
- 13 - BORDONE
Zwei polyp.oesophagus sarkome beim eine
individ.
Arch.Ital.Otol. 1948 59 573
- 14 - BORRMANN
Polypose oesoph.sarcoma
Verhandlungen des deutschen pathologischen
Gesellschaft 1908 VI 2 131-191
- 15 - BOSENBERG
Zeitschrift für Krebsforschung 1932 36
416
- 16 - BOURGEOIS (P.)
Tumeur du médiastin
Maladies de l'appareil respiratoire
Coll. Flammarion

- 17 - BOYD
Melanoma
Cancer 1954/7/2 266-270
- 18 - BOZZI et CORVA
Radiologica medica avril 1947 vol. 33
Fas. 4
- 19 - BREA
Extramucosa fibrosarcoma
Bolletin y trab.academia argentina
Avril 1950 34 14
- 20 - BRESCH
Sarcome spino-cellulaire de l'oesophage
Zentralblatt für allgemeine Pathologie
1932 T. 53 N° 7
- 21 - DUCKSTEIN (J.)
Clinical Roentgenology of the altract
1940 Philadelphie 47 - 57
- 22 - BULLOCK
Cancer 1953 6 p. 578
- 23 - BURNETT (J.M.) et JOHN (E.S.)
Melanosarcoma primit. of oesophagus
Radiology déc. 1951 57 N° 6 p. 868-870
4 fig.
- 24 - CARNEVALE-RICCI
Oto-rhino-laryngologia italia Fév. 1931
- 25 - CARRARO
Emangioendothelioma periv.prim.del oeso-
phago
Gazetta intern.di medicina Naples 1910
13 117
- 26 - CHALMAGNE
Acta O.R.L. Belgica 1951 5 76

- 27 - CILOTTI
Carsino-sarcoma
Pathologica genova 1928
- 28 - CLARK (D.)
Relation d'une résection réussie de
fibrosarcome
Archives of Surgery Août 1949 59 N° 2
348-354 70-77 5 fig.
- 29 - CORNELL
Surgery Nov. 1956 28 881
- 30 - CORNER
Sarcomata
Path. Society London 1905 LVI p. 29
- 31 - CORNER et FAIRBANKS
The Lancet 1904
- 32 - COTTET
Tumeur exceptionnelle de l'oesophage
Radiologica clinica sept. 1949 18 N° 5
- 33 - CREECH
Texas State Journal of Medecine Mai 1955
51 5
- 34 - DEDERWAERER
Belgisch Tijdschrift Voor Geneeskunde
Mai 1957 Extra 13 (13)
- 35 - DEMUTH (W.E.)
Rhabdomyosarcoma of oesophagus
Journal of Thoracic Surgery Juil 1956 32
N° I 115-118
- 36 - DONATH
Beitrag zur Kenntniss der sarkomatosen
golschwulste der speiseohre
Virchows 1900
Virchows Arch. vol.CXCIV p. 446 1908

- 37 - DRIESSENS (J.), LAGACHE (G.), HERAUD (M.)
et TOISON (G.)
Epithélio-sarcome de l'oesophage infé-
rieur à développement endo-cavitaire
Archives des malades de l'app.dig.
Janvier-Fev. 1957 46 N° 1-2 72-76
- 38 - DVORAK
Archives of Surgery 1931 22 p. 794
- 39 - DWIGHT
Fibro-sarcoma
Archives of Surgery 1949 Août N° 1
77-89
- 40 - EDLING
Reticulo cellular sarcoma
Radiology 1938 30 19 34
Thorax 1952
- 41 - EDY PALMER
The Oesophagus and its Diseases.
- 42 - ENDE (N.), PIZZALONO (P.), RAIDER (L.)
et ZISKIND (J.)
Cas rare de carcino-sarcome de l'oeso-
phage
American Journal of Roentgenology 1952
Fev. 65 N° 2 227-231
- 43 - EWING
Oncologia 1948 p. 305
- 44 - FELDMAN
Clinic Roentgenology of the Digest
Trav. 1948
- 45 - FILLIPPI
Pathologica Genova 1954 461 723-724
- 46 - FINGER
Munchener Medizinische Wochenschrift
17 II 39

- 47 - FOWLER
Melanoma
Journal Path.Bact. 1952 64 3 473
- 48 - FRENCH et GARLAND
Leiomyosarcome de l'oesophage
American Journal of Roentgenology 1941
45 27-31
- 49 - FRUHLING et WILD
Annales d'Oto-rhino-laryngologie 1952
69 N° 7 400-419
- 50 - GARFINKLE
Cancer 1952 5 p. 921
- 51 - GREGG (J.B.) et STARMER (F.W.)
Néoplasmes rares de l'oesophage
Arch.Otolaryngolog. fev. 1954 59 N°2
159-169 7 fig.
- 52 - GUIZEZ
Bulletin d'O.R.L. 1927 p. 241
Bulletin et Mémoire de la Société des
Chirurgiens de Paris 1932 XXIV
- 53 - HARRINGTON (S.W.)
Surgical treatment of benign and sec.
malign Tumors of Oesophagus
Archives of Surgery 1949 58 p. 646-661
- 54 - HARVEY et HAMILTON
Edimbourg Medical Journal 1935 42 p.337
- 55 - HEILMANN
Zentralblatt für allgemeine Pathologie
1923 33 p. 617
- 56 - HERXEIMER
Zentralblatt für allgemeine Pathologie
Iena 1918 6 29 I-6

- 57 - HERXEIMER
Zentralblatt für allgemeine Pathologie
Iena 1908 p. 150
- 58 - HERZOG
Verhandlungen der deutschen Pathologischen Gesellschaft 1914 6 17 346
- 59 - HILLEMAND (P.)
Maladies de l'oesophage, de l'estomac
et du duodénum
Encyclopédie Médicale Flammarion
- 60 - HOFFMAN
Beiträge zur Klinischen Chirurgie 1920
120 201
- 61 - HOWARD
Primary sarcoma of the oesophagus and
the stomach
Journal of American Medical Association
Fev. 1902 38 392
- 62 - HRDMADOVA
Melanoma
Ceskoslovenska Roentgenology Prague
Août 1956
- 63 - IRASIWA (T.)
Contributions statistiques à l'étude du
cancer de l'oesophage
Zentralblatt für Hals 1953 XXI f.7 p.514
- 64 - JACKSON (Ch.)
American Journal of Medical Sciences
Mai 1925 38 p. 625
- 65 - JALESKI et WALDO
American Journal of Cancer 1935 24 340
- 66 - JAMES
Trans.Path.London 1898 49 91

- 67 - JOHNSTON
Thorax Dec. 1953 p. 251
- 68 - KAHSTORFF
Forschritte auf dem Gebiete der Röntgen-
strahlen 1930 42 p. 421
- 69 - KEELEY
Melanoma
Surgery sept. 1957 42 (3)
- 70 - KENWORTHY
Surgery 1949 23 745
- 71 - KING
Carcino-sarcoma
Surgery Août 1957 42 (2) p. 389
- 72 - KINOSITA
Schweizerische Medizinische Wochen-
schrift 1921 21 II 7 p. 156-159
- 73 - KLEIN
Archivs of Klinik Chirurgie 1927 145
166-178
- 74 - KUNUWA
Leiomyosarcoma
Japanese Journal of Cancer Research
Dec. 1956 p. 698
- 75 - KURZ
Leiomyosarcoma
Nordisk Medecin. 18 Juil. 1957 58
p. 1051-1053
- 76 - KOWALZYKOWA
Nowiny Likerskie XLVI fac. I Janv. 1934
- 77 - KUTSUKATE
Trt.Jap.Path.Soc. 1929 19 7 63

- 78 - LEGLER
H.N.O. Berlin 1949 I-6 (260)
- 79 - LIPSCHULTZ
Gastroenterology 1954 27:5 661
- 80 - LORING
Melanoma
Journal of thoracic Surgery Juil.1956
32 I
- 81 - LORTAT-JACOB (J.L.) et BADARO
Deux sarcomes pédiculés primitifs de
l'oesophage
Semaine des Hôpitaux Paris 18 mai 1950
N° 37 1743-1746 5 fig.
- 82 - LYONS (A.S.) et GARLOCK (J.H.)
Leiomyosarcoma of Oesophagus
Surgery Fev. 1951 29 n° 2 280-287 3 Fig.
- 83 - LUDIN
Polypous Tumors
Fortschritte auf dem Gebiete der
Röntgenstrahlen Dec. 1951
- 84 - MAINIERO
Giornale Italiano di Chirurgica 1954
10 p. 301-315
- 85 - MALLORY (Tracy B.)
- 86 - MARCUS et ARONSON
New York Medical Journal 1923 CXVII
p. 678 IO II8
- 87 - MASSON
Southern Med.Journal III 1949 42 I70
- 88 - MASSON
Tumeurs humaines
Maloine 1957

- 89 - MARTIN (A.M.)
Durham Museum Cat. 1928 208
- 90 - MARTIN (A.M.)
Diagnostic of a Sarcoma
Journal of Laryngology and Otology
London 1936 51 181-184
- 91 - MATSUNOKA
Sei-i-Kwai 1928 47 5-6
- 92 - MAURO ESCOBAR
Sarcoma
Arg.Cir.Clinic Exp. 14 69 1951 Mars-Avr.
- 93 - MENNE (F.R.) et BIRGE (R.F.)
American Journal of Digest diseases
1936 848-851 3
- 94 - MICHAUD (P.)
Sarcome primitif de l'oesophage
Lyon Chirurgical Oct. 1951 T. 48 n° 7
813-820 4 fig.
- 95 - MOERSCH (H.J.)
Journal American of Medical Association
88 1319 1927
- 96 - MUKUNO
Oto-rhino-laryngology 1939 326
- 97 - NEIL et HORNE
Leiomyosarcoma
Journal of Laryngology and Otology 67 159
1953
- 98 - ORTON
Annals of O.R.L. 1924 Déc.
- 99 - OVENS (U.M.) et RUSSEL (W.O.)
Leiomyosarcoma and squamous carcinoma
Archives of Pathology Mai 1951 51 n° 5
560-564

- 100 - PAGET
Trans.Path.Society of London 1895 46 46
- 101 - PALAZZO
Radiology 1948 51 79
- 102 - PALAUKER
Angioendothelioma of the oesophagus
Archives of Surgery 1951 62 p. 627
- 103 - PALUGUAY
Roentgenpraxis 1932 4 761
- 104 - PANICO (F.G.)
Types cytologiques des lésions oesopha-
giennes et gastriques bénignes et malignes
Surgery, Gynecology, Obstetrics, Juin
1952 94 N° 6 733-742 II fig.
- 105 - PASCUAL et GISVERT
Bolletín Liga contra Cancer Sept.1942
274
- 106 - PEARLMANN
Le prétendu carcino-sarcome de l'oeso-
phage
Annals of Otolaryngology 1940 49 805-820
Annals of Otolaryngology 1947 64 n° 47
- 107 - PENNES (A.E.)
Leiomyosarcome
American Journal of Roentgenology
Sept. 1942 48 336-340
- 108 - PEREZ (MORALES)
Siglio Medico Madrid 1903 II p. 166
- 109 - PIAGGO BIANCO (R.A.) DUBOURDIEU (J.)
URIOSTE (J.P.) et GROSSO (O.F.)
Sarcome de l'oesophage
Annales Fac.med.Montevideo Juil-Août
1952 37 N° 7-8 292-297 7 fig.

- 110 - PIQUET
Pathologie de l'oesophage
Monographies médicales Paris N° 62
- 111 - POMERANZ (A.A.) et GARLOCK (J.H.)
Melanome primaire de l'oesophage
Annals of Surgery Août 1955 142 N° 2
296-301
- 112 - POPPENS
Quarterly Bulletin of Nord - West Uni-
versity Med.Sc. 31 3 fall 1957
- 113 - PUYO et PORTMANN
Mélanosarcome
Revue de Laryngologie 71 178-193 1950
- 114 - RESANO (J.) et ALBANESE (A.)
Sarcome primitif de l'oesophage
Revue de Chirurgie Sept-Oct. 1948 67
n° 9-10 257-274 16 fig.
- 115 - RESANO (J.)
Presse Médicale Sept. 1951 I 200
- 116 - RESANO (J.)
Minerva Chirurgica Mai 1952 7 31
- 117 - RESANO (J.) et HOPMAN (D.)
Prensa Medica Argentina 29 août
1952 39 n° 35 2045-2056 II fig.
- 118 - RESH
Zentralblatt für allgemeine Pathologie
1932 T. 53 n° 7 235
- 119 - RIEKE
Über ein ausgedehnte Medullosarkom
des Oesophagus
Virchows Archivs 1909 171

- 120 - ROBERTSON
Mélanome malin
Gastroenterology 1954 27 121
- 121 - ROSSELOT et SCHINZ
Schweiz. Medizinische Wochenschrift
1924 LIV 24 44 30 oct.
- 122 - SANTE
Annals of Roentgenology 1930 Vol.III
504
- 123 - SAPHIR et VASS
American Journal Cancer 1938 33 331
- 124 - SCARFF (G.R.)
Un cas de carcino-sarcome de l'oesophage
Journal of Laryngology and Otology
1929 44 324-813
- 125 - SCHEIDEGGER
Bulletin der Schweizerische Akademie
1955 II 4,5 352
- 126 - SCHLUGER (J.), ARCOMANO (J.) et CARDON(O.P.)
Le leiomyosarcome de l'oesophage
American Journal of Surgery Mai 1956
91 n° 5 852-855
- 127 - SCHMINKE
Verhandlungen der deutschen Pathologischen Gesellschaft 17 363 1914
- 128 - SCHWARTZ (M.)
Archivs für Ohr Hals nas 1927
- 129 - SCHWARTZ (M.)
Frankfurter zeitschrift für Pathologie. Wiesbaden 1928 353

- 130 - SIMON
Neue Deutsche Chirurgie 1928
- 131 - SMITH (C.) et RUSK
Annals of Surgery 1923 LXXVIII n° 5
576
- 132 - SMITH (C.) et GOWING (F.C.)
Cancer de l'oesophage ayant l'aspect
d'un carcinome
British Journal of Surgery mars 1953
40 n° 163 487-489 6 fig.
- 133 - SNOY
Medizinische Klinik 1911 58
- 134 - SOCIN
Cor.Bl. für Schweiz. Aerte 1916 30
953
- 135 - SOKOLOW
Pathologica Genova 1912 4 476
- 136 - STATES DEPARTEMENT
Journal of Mt Sinai Hospital 1946 12
976
- 137 - STEPHAN
Zschr. für Kinderh. 1890 30 354
- 138 - STOUT (A.P.) et HUMPHREYS (G.H.)
American Journal of Roentgenology
Avril 1949
- 139 - TANNEW
Wiener Klinische Wochenschrift Nov.
1947 p. 745
- 140 - TEDESCHI
Archives of Pathology 43 335

- 141 - TERRACOL
Maladies de l'oesophage Masson III
- 142 - TERRACOL
Concours Médical 29 oct. 1929 71 14
- 143 - THOMPSON (J.R.)
Le carcinosarcome de l'oesophage
Journal of Thoracic Surgery mars 1953
25 n° 3 261-264 6 fig.
- 144 - THOREK (P.) et NEIMAN (B.H.)
Rhabdomyosarcome de l'oesophage
Journal of Thoracic Surgery Juil.1950
20 n° I 77-89 fig.
- 145 - TIMBAL
Archives Médicales de l'appareil di-
gestif 1922 XII I26
- 146 - TRUFFERT
Oto-Rhino-Laryngologie
Encyclopédie Flammarion 1954
- 147 - UNIVERSITY OF TEXAS
Cancer Bulletin I I8 I949
- 148 - VON EICKEN
Deutsch.Ztschr. für Chirurgie 1902
65 380
- 149 - VON HACKER
Grenzgebiete Medecine und Chirurgie
der Sarkom des Oesophagus 1906
- 150 - VON LANGE
Munchener Medizinische Wochenschrift 1904
1904 5I 4II
- 151 - WALDAPFEL
Zeitschrift für Laryngologie
Leipzig 1932 I53

152 - WARFIELD

Bulletin of Georgetown University
Medecine Center Oct. Nov. 1950 4 71-
75

153 - WIEGENER

Ueber des Sarkom des Oesophagus
Thèse de Giessen 1904 Med. 551

154 - WOLFENSBERGER

A case of sarcoma of oesophagus
Bulletin Johns Hopkins Hospital.
Baltimore 1898.

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

-:-

